

รายงานการวิจัยฉบับที่ 119 เรื่อง

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร

(Project Management and Evaluation for Health Behavioral Modification of
the Organizations in Bangkok Metropolis)

คณะวิจัย

ผศ.ดร.อังคินันท์	ฉันทภักดี
รศ.ดร.อรพินท์	ชูขันธ์
รศ.อุบลฉวี	สุขารมณี
ภญ.พัชรี	ดวงจันทร์
นายอรุณรัตน์	เนตรทิพย์

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
เขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

พ.ศ. 2552

รายงานการวิจัยฉบับที่ 119 เรื่อง

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร
(Project Management and Evaluation for Health Behavioral
Modification of the Organizations in Bangkok Metropolis)

คณะวิจัย

ผศ.ดร.อังคินันท์	อินทรวงำแหง
รศ.ดร.อรพินทร์	ชูขัม
รศ.อุบลฉวี	สุขารมณ
ภญ.พัชรี	ดวงจันทร์
นายอรุณรัตน์	เนตรทิพย์

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
เขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

พ.ศ. 2552

คำนำ

“การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นโครงการบริหารจัดการและประเมินผลมหภาค ที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) (สปสช.) คณะผู้ดำเนินโครงการได้ใช้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและบุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยมีหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชนจำนวน 19 หน่วยงานในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ และจากการประเมินโครงการดังกล่าวนี้ ได้ผลยืนยันอย่างชัดเจนว่า ประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้อาศัยหลักแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านหรือ 3 Self ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจขึ้น

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ จึงใคร่ขอขอบพระคุณ สปสช. และ มศว ที่ได้สนับสนุนสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ให้ดำเนินโครงการนี้

สุดท้ายนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอขอบพระคุณคณะผู้ดำเนินโครงการทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการ ที่ได้บริหารจัดการโครงการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลงานวิจัยเรื่องนี้จะประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชุชม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1: บทนำ	1
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตงานที่ศึกษา	3
นิยามปฏิบัติการ	3
กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการ	6
กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ	7
สมมติฐานการวิจัย	8
บทที่ 2: เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย	9
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ	18
ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	28
ทฤษฎีการประเมินโครงการ (CIPP Model)	33
การบริหารจัดการและการประเมินโครงการ	38
แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก PROMISE และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	69
บทที่ 3: วิธีดำเนินการวิจัย	92
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	95
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้	98
การเก็บรวบรวมข้อมูล	105
การวิเคราะห์ข้อมูล	105
แผนการดำเนินโครงการ	106
บทที่ 4: ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	108
ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP	111
ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 SELF	125
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ	126
ตอนที่ 5 ระดับความพึงพอใจที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	127

สารบัญ - ต่อ -

	หน้า
บทที่ 5: สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ	128
สรุปผลการวิจัย	133
สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการ โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	136
ปัจจัยที่ทำให้โครงการสำเร็จในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	138
ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	141
ข้อเสนอแนะในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งต่อไป	144
แนวทางพัฒนาและแนวทางดำเนินโครงการต่อเนื่อง	147
เอกสารอ้างอิง	151

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
1	ภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ.2542 กับ 2547 จำแนกตามเพศ	10
2	อัตราการป่วยและการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ด้วยโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ พ.ศ.2545-2546 ภาพรวมทั้งประเทศ	11
3	ร้อยละของเยาวชน แม่บ้าน คนงาน ที่มีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ พ.ศ. 2539	13
4	แผนการดำเนินโครงการ	106
5	แสดงจำนวน ร้อยละของหน่วยงานและโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	109
6	แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด	110
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนรวมของผลการประเมินทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามการประเมินของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม (ช่วงคะแนนระหว่าง 1 – 4)	112
8	คะแนนการประเมินจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ (ช่วงคะแนนระหว่าง 1 – 4)	113
9	คะแนนการประเมินจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ(ช่วงคะแนนระหว่าง 1 – 4)	114
10	คะแนนการประเมินจากกลุ่มผู้บังคับบัญชา(ช่วงคะแนนระหว่าง 1 – 4)	116
11	ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว	117
12	ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการภายหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากหน่วยงานผู้ให้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร	125
13	ผลการเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ และผลคะแนนทางชีวเคมีและการเปลี่ยนแปลงทางกาย ตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่โครงการกำหนด ตามสมมติฐานข้อ 3	126
14	ระดับความพึงพอใจที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	127

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบการดำเนิน โครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	6
2 กรอบแนวคิดในการประเมินผล โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด CIPP Evaluation Model and Associated Relationships with Program	7
3 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2543	13
4 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 – 2544	14
5 อัตราความชุกโรคอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2529 และ พ.ศ.2538	15
6 อัตราตายจากโรคตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2544	17
7 อัตราการเข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526-2543	17
8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	32
9 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)	37
10 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ	40
11 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP	44
12 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	45
13 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	46
14 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ	47
15 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76)	55
16 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย (Bulter, 1998: 163)	60
17 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน	74
18 ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์	75
19 สรุพอองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน	77

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร

(Project Management and Evaluation for Health Behavioral Modification of the Organizations in Bangkok Metropolis)

อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

บทสรุปผู้บริหาร

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการประเมิน และการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อสร้างกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร 3) เพื่อสำรวจผลการนิเทศและประเมินผลโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดำเนินโครงการให้เป็นไปตาม ตัวชี้วัดของโครงการ และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานที่ให้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2551 จำนวน 19 หน่วยงานรวม 32 โครงการ โดยกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 3,665 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 4 ระดับรวม 21 ข้อและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ Stufflebeam & Shinkfield (2007) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ 32 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 29 คนและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 128 คน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-efficacy) แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 -0.85 ผลการวิจัย พบว่า

1. ระหว่างดำเนินโครงการ พบว่า ผลการนิเทศและประเมินความเป็นไปได้ที่จะดำเนินโครงการได้สำเร็จ จากความคิดเห็นของ 3 กลุ่มคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และผู้เข้ารับบริการ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 ด้านคือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก

2. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน(การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง)สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

3. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัดไปในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมการบริหารร่างกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะติดต่อโครงการ การปฏิบัติด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และมีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ความดันโลหิตล่าง (Diastolic) รอบเอว น้ำหนักตัว ค่าBMI ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนบุหรี่ยี่สูบต่อวัน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ส่วนตัวชี้วัดด้านไขมันสะสมในร่างกายภายหลังเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

4. ผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 76.16

5. ปัจจัยที่ทำให้โครงการสำเร็จ ประกอบด้วย เงินทุนสนับสนุนจาก สปสช. ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงาน มีนโยบายสนับสนุน ได้รับแนวทางการบริหารโครงการและแนวทางพฤติกรรมศาสตร์จาก มศว ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุน วิทยากรมีความสามารถ ทีมงานเข้มแข็งให้ความร่วมมือ ได้แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับเพื่อน สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้รับบริการตระหนักในปัญหาสุขภาพตนเอง และเชื่อมั่นในบุคลากรการแพทย์ รูปแบบกิจกรรมน่าสนใจ จัดกิจกรรม 5 ครั้งเพื่อเพิ่มความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล เปิดช่องทางสื่อสารให้สะดวก สร้างพลังให้เห็นคุณค่าในตนเอง ประยุกต์ใช้เทคนิคและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย และการคิดเป็นอนิสงค์ของการที่ได้ทำบุญ ทำให้จิตใจเบิกบาน

6. ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้รับบริการ มีภารกิจจึงเข้าร่วมโครงการไม่ได้ต่อเนื่อง งบประมาณน้อยกว่าที่จ่ายจริงและเบิกได้ล่าช้าต้องสำรองจ่ายไปก่อน โปรแกรมฐานข้อมูล BPPDS มีข้อจำกัด ผู้เข้าร่วมโครงการยังคงใช้วิถีชีวิตแบบเดิม มีแบบฟอร์มหลายใบทำให้ผู้รับบริการรู้สึกสับสน คณะทำงานมีจำนวนน้อยและระยะเวลามีจำกัด

7. ข้อเสนอแนะ ได้แก่ งบประมาณควรแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด ควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและจัดตั้งเป็นชมรม รายงานผลของโครงการไม่ควรเปิดเผยชื่อ-สกุลผู้เข้าโครงการ ควรใช้เวลาจัดกิจกรรมถึง 1 ปี ควรปรับปรุงโปรแกรม BPPDS เพื่อรองรับทุกกลุ่มอายุอย่างเหมาะสม ควรมีการจัดกิจกรรมเผยแพร่ประสบการณ์หรือการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการที่ประสบความสำเร็จ ควรใช้ใบเซ็นชื่อเป็นเอกสารหลักฐานเพียงชุดเดียว ควรจัดสรรงบประมาณการเจาะเลือดให้ด้วย โรงพยาบาล/สำนักงานควรมีระบบจำหน่ายอาหารสุขภาพ ควรเปิดให้จัดอบรมนอกสถานที่ ควรฝึกทีมวิทยากรในหน่วยงานให้เป็นมืออาชีพ และให้ผู้เข้าอบรมมาเป็นอาสาสมัคร ช่วยเหลือผู้ติดต่อ

Project Management and Evaluation for Health Behavioral Modification of the Organizations in Bangkok Metropolis

Ungsinun Intarakamhang and others

Executive Summary

The objectives of this evaluative research were: 1) to develop an evaluation and management model for health behavior modification projects of the organizations in Bangkok metropolis, 2) to develop the conceptual framework for health behavior modification base on principles of PROMISE Model and 3 Self, 3) to explore the outcomes of supervision and evaluation for health behavior modification projects conducted by the participated organizations in Bangkok area, according to the project indicators, and 4) to study factors affecting project success and barrier to the project implementation. Totally, 32 health behavior modification projects conducted by 19 organizations in Bangkok area; these were managed and evaluated during May – December, 2008. The sample was 3,665 outpatients and unhealthy lifestyle people who were at risk for chronic diseases. Three study instruments were 1) a 21-item questionnaire, in forms of a 4-point rating scale, 2) a structured interviewing form based on CIPP Model of Stufflebleam & Shinkfield (2007) to collect data from 3 groups of respondents, including 32 project leaders, 29 commanders of project leaders, and 128 clients, and 3) health behavior questionnaires for assessing 3 Self including self-efficacy, self-regulation, and self-care. The reliability of this 3 Self questionnaires was between 0.73 and 0.85. Research findings as follows:

1. During project implementation, it was found that results from supervision and evaluation of the feasibility for project success based on CIPP Model revealed that opinions on the context, input, process, and product were at the very good level in total among 3 groups of respondents; including project leaders, commanders of project leaders, and clients.

2. After the project completion, health behaviors of the participants (in self-efficacy, self-regulation, and self-care) were statistically significant higher than before their participation at 0.001 level.

3. After the project completion, the participants had a better change according to the project indicators which were as follows: 1) bodily exercise behavior, 2) eating

behavior, health knowledge, attitudes toward project, and health behaviors were statistically significant higher than those before participating in the project at 0.001 level, 3) systolic blood pressure, diastolic blood pressure, waist, weight, BMI, fasting blood glucose, and amount of cigarettes smoking per day were statistically significant lower than those before participating in the project, and 4) the indicators revealed a reduction in body fat, but this change was not statistically significant.

4. 76.16 percent of the participants had high satisfaction about attending the health behavior modification projects.

5. Factors affecting project success consisted of budget from the National Health Security Office (NHSO), resources from their institutes, supportive policy, guidelines about project management and behavior change learned from the Behavioral Science Research Institute at Srinakharinwirot University (SWU) supports from commanders; capability and skills of experts; strong staff cooperation, having opportunity to exchange experience with colleagues, clients had awareness in their health problems, trust in physicians, interesting and repeated activities, motivation and rewards, convenience in communication, developing empowerment and self-esteem, applying several behavioral techniques and theories in behavioral science leading to various learning, and thinking that was the results of doing good things and causing their enjoyable mind.

6. Barriers to the project implementation included dropping out of clients during the project, insufficient and delay budget, limitations of BPPDS database program, unchanged lifestyles of clients, too many forms to complete this led to their confusion, and limited staff and time.

7. Suggestions based on the project evaluation were: 1) budget should be allocated in two times, 2) the project should be continually implemented set up as club, 3) client's name should not be shown in the project reports, 4) project implementation period should be extended to 1 year, 5) the BPPDS program should be improved in order to suitably support all age groups, 6) there should be an activity to distribute the learning or experience of succeed clients, 7) only one signing form should be accepted as an evidence, 8) there should be the budget for blood sampling and testing, 9) healthy food should be available in any hospitals/institutes, 10) the training should be provided outside, 11) project staff should be well trained as professionals, and 12) some participated clients should be invited to be a volunteer to further help other people.

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

จากเจตนารมณ์และเจือปนใจตามหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ที่เป็นผู้มีสิทธิได้รับประกันสุขภาพดั่งนั้นประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรค ควรได้รับการส่งเสริมป้องกันโรค ประกอบกับหลักสำคัญของการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และได้ผลดีต่อสุขภาพของประชาชนและประเทศชาติคือ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรคำนึงถึงหลัก 3 Self คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) กำกับตนเอง (Self-regulation) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ด้วยความสำเร็จในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) ทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนทางจิตและทางสภาพร่างกายหรือพฤติกรรมภายในและภายนอกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามวิถีชีวิตของแต่ละปัจเจกบุคคล และเพื่อเป็นการกระจายเครือข่ายความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจึงควรมีการพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ร่วมให้บริการ ให้มีสมรรถนะในการบริหาร โครงการด้านการจัดบริการ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในการดูแล โดยยึดหลัก PROMISE ตามแนวทางของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประกอบด้วย

Positive reinforcement	- การเสริมแรงทางบวก
Result based management	- หลักการบริหารเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน
Optimism	- การมองโลกแง่ดี
Motivation	- การสร้างแรงจูงใจ
Individual or client center	- การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
Self- esteems	- หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง

หน่วยงาน สปสช. สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในฐานะองค์กรกลางด้านการดูแลสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร จำเป็นต้องเตรียมหน่วยงานสนใจร่วมให้บริการ ให้มีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของบุคลากรในสังกัดและประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ให้เห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้มีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น อันจะเป็นทุนมนุษย์ (Human capital) ที่สำคัญของหน่วยงานและสังคม ประเทศชาติต่อไป และเพื่อให้การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัดของโครงการ จึงจำเป็นต้องมี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิการรักษาในเขตกรุงเทพมหานคร ได้เข้าถึงการรับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น และเพื่อให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร มีขีดความสามารถในการบริหาร โครงการด้านการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร และประชาชนทุกเพศทุกวัยที่มีสิทธิการรักษาในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางจิตและทางกาย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการประเมิน และการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อสร้างกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาผลการนิเทศและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดำเนินโครงการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของโครงการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการประเมินโครงการที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ
2. ประชาชนผู้รับบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเองและสามารถให้คำแนะนำผู้อื่นต่อในด้านการดูแลสุขภาพ
3. สปสข ได้หน่วยงานเครือข่ายที่เข้มแข็งในการให้บริการแก่ประชาชนในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและได้ผลสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สถานพยาบาลต่างๆ หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลทั้งในหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน

ขอบเขตงานที่ศึกษา

1. หน่วยงานร่วมให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวม 19 หน่วยงาน
เป็นหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานเพื่อสังคมไม่หวังผลกำไร ที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และมีบุคลากรที่มีประสบการณ์จัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบโครงการและดำเนินการในรูปคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คนตามภารกิจของงาน และจำนวนกลุ่มเสี่ยงแต่สำหรับหน่วยงานร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดำเนินโครงการเป็นครั้งแรก ควรมีที่ปรึกษาเป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มาเข้ารับบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวม 3,665 คน
 - 2.1 ผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ข้าราชการและครอบครัวตามสิทธิ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตพื้นที่การรักษาในกรุงเทพมหานคร
 - 2.2 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วนและการติดบุหรี่ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยประเมินจากแบบคัดกรองความเสี่ยง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

นิยามปฏิบัติการ

การบริหารจัดการและประเมินโครงการ หมายถึง การดำเนินงาน ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) ในด้านภารกิจที่ครอบคลุมเรื่องการกำหนดนโยบายวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Policy)การกำหนดหน้าที่ของหัวหน้าโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Authority) การวางแผน (Planning) การประสานงาน (Coordinating) การบริหารงบประมาณ (Budgeting)การติดตามประเมินผลโครงการ (Evaluation) และการรายงาน (Reporting) และในการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ใช้แนวคิดรูปแบบประเมิน CIPP เป็นเครื่องมือในการนิเทศและติดตามประเมินผลสำเร็จของโครงการ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีการประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้ เพื่อมุ่งกระทำเพื่อให้บุคคล เปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเองที่นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดีโดยอาศัยการสนับสนุนจากบุคคล สังคมและสภาพแวดล้อมที่จัดกระทำขึ้นให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่

กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนคนไทยที่ผ่านการตรวจแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่รุนแรงตามมาได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคเครียด ดิคุบุหรืหรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งในช่วง 4- 7 เดือนที่มีการจัดโครงการ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกัน รักษาควบคุมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการมีสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้วัดจาก 3 Selves ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด และใช้วัดจากแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในสังเกต พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และใช้วัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามของผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองในด้านการตรวจสุขภาพ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการพักผ่อนโดยมี

การจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามรูปแบบ **PROMISE** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของหัวหน้าโครงการหรือผู้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมที่อาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มหรือทั้งสองอย่างรวมจำนวน 5 ครั้งที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านจิตลักษณะ และพฤติกรรมการแสดงออกทางกายของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ โดยให้อยู่ในขอบข่ายเนื้อหาที่มาจากรากฐานแนวคิดอยู่ในขอบข่ายอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 Self คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) มีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ด้วยความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และผู้ให้บริการควรให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติตามหลัก PROMISE คือ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) บริหารจัดการโครงการด้วยหลักการบริหารตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) ให้มองโลกแง่ดี (Optimism) มีการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้รับบริการ (Self esteems) โดยสามารถใช้เทคนิควิธีการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายได้ เช่น การฝึกอบรม การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การให้คำแนะนำและกำกับพฤติกรรม การมีตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การเข้าค่าย การฝึกปฏิบัติการด้านการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ เป็นต้น และควรส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือกันเอง และดูแลตนเองได้เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

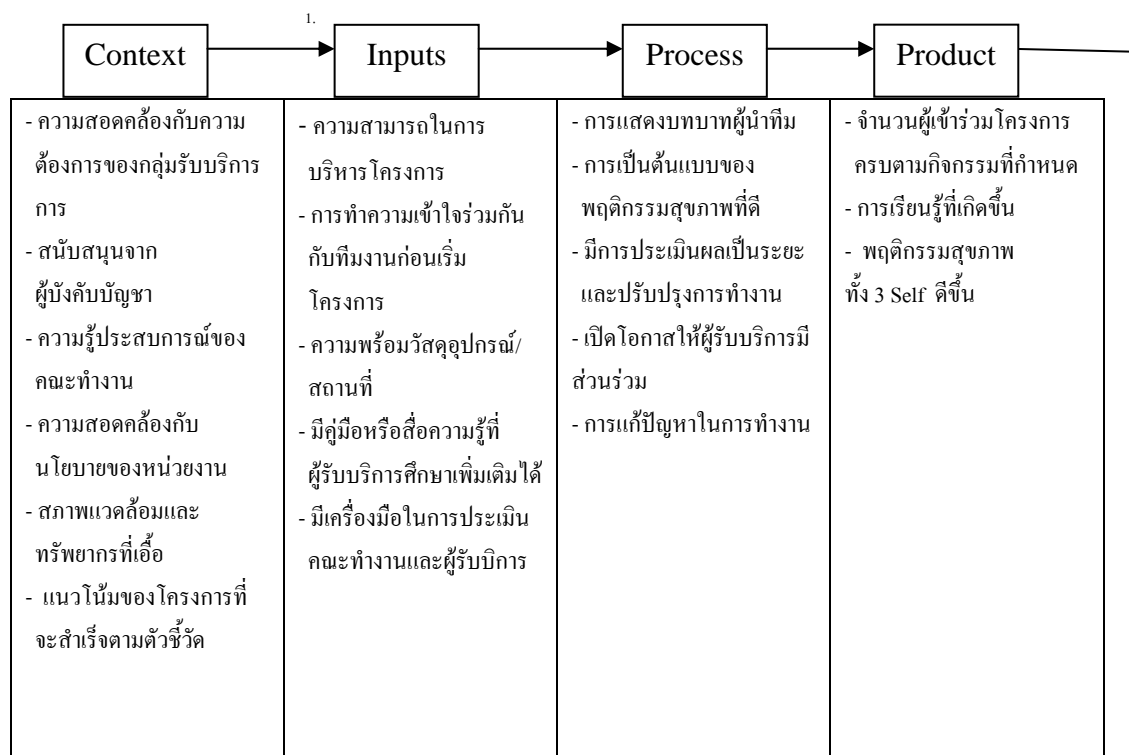
ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ หมายถึง หัวหน้าโครงการหรือผู้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องการประเมินผลโครงการที่ระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิตของกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมาย ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 5 ครั้ง เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น

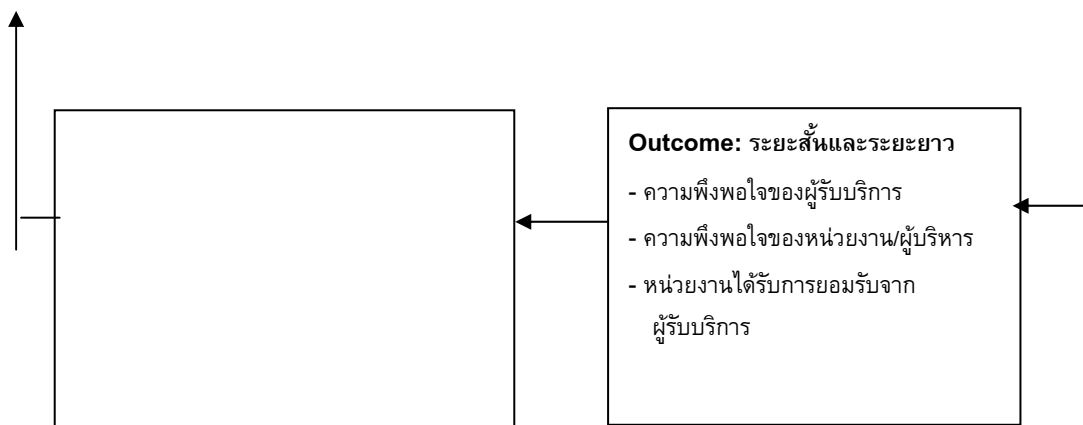
กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพประกอบ 1 กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ





ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด CIPP Evaluation Model and Associated Relationships with Program ของ Stufflebeam & Shinkfield (2007)

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model พบว่า ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการรวมกัน อยู่ในระดับดีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มการรับรู้ของหัวหน้าโครงการ การรับรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
2. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) ดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ตามที่โครงการกำหนด
4. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมากขึ้นไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้เป็นการนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและประเมินโครงการ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและการกำหนดสมมติฐานในการวิจัยเบื้องต้นตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ
3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. การบริหารจัดการและประเมินโครงการ ตาม CIPP Model
5. แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-efficacy)
 - 5.2 การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation)
 - 5.3 การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-care)
6. แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก PROMIS Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement)
 - 6.2 การบริหารเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management)
 - 6.3 การมองโลกในแง่ดี (Optimism)
 - 6.4 การสร้างแรงจูงใจ (Motivation)
 - 6.5 การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center)
 - 6.6 การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ปัจจุบันสถานการณ์สุขภาพคนไทย พบว่าโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมเริ่มมีอัตราการเกิดมากขึ้น เช่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และกลุ่มการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น จากรายงานโครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคของคนไทย (Burden of diseases) พ.ศ. 2542 และ 2547

ตาราง 1 ภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ.2542 กับ 2547 จำแนกตามเพศ (หน่วย DALY x 100,000 ปี)

อันดับ	ชาย		หญิง			
	โรค	2542	2547	โรค	2542	2547
1	เอดส์	9.6	6.4	หลอดเลือดสมอง	2.8	3.1
2	อุบัติเหตุจากการจราจร	5.1	5.8	เอดส์	3.7	2.9
3	หลอดเลือดสมอง	2.7	3.3	เบาหวาน	2.7	2.7
4	การเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการติดสุรา	1.3	3.3	ภาวะซึมเศร้า	1.5	1.9
5	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	2.5	2.8	ภาวะหัวใจขาดเลือด	1.1	1.4
6	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.6	1.9	อุบัติเหตุจากการจราจร	1.1	1.2
7	ภาวะหัวใจขาดเลือด	1.6	1.8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	1.2	1.2
8	เบาหวาน	1.7	1.8	ภาวะข้อเสื่อม	1.2	1.2
9	ตับแข็ง	1.2	1.4	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	0.9	1.2
10	ภาวะซึมเศร้า	1.0	1.4	ต้อกระจก	1.0	1.1

ที่มา โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี 2547⁽¹⁾

หมายเหตุ เรียงตามลำดับในปี 2547

นอกจากนี้ คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย (2546 อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2550) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาภาระโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2542 พบว่า คนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสิ้น 4.3 ล้านปีต่อประชากร 100,000 คน ดังรายละเอียดในตาราง 2 ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่า เพศชายมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน การรับประทานผักและผลไม้ไม่พอ ไขมันในเลือดสูง และการไม่ออกกำลังกาย ในขณะที่เพศหญิงมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานผักและผลไม้ไม่พอ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

1.1 สถานการณ์กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

สาเหตุการป่วยและการตายที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ อันดับ 2 ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/อุดตันหรือหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน และอ้วน (Murray

ตาราง 2 อัตราการป่วยและการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ด้วยโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ
พ.ศ.2545-2546 ภาพรวมทั้งประเทศ

โรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน		อัตราตายต่อประชากรแสนคน	
	2545	2546	2545	2546
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด	937.7	1,064.1	52.6	63.7
2. โรคความดันโลหิตสูง	340.99	389.83	5.1	5.4
3. โรคหัวใจขาดเลือด	140.87	165.65	14.4	19.1
4. โรคหลอดเลือดสมองใหญ่	138.33	151.5	21.5	29.1
5. โรคเบาหวาน	340.95	380.75	11.8	10.7

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

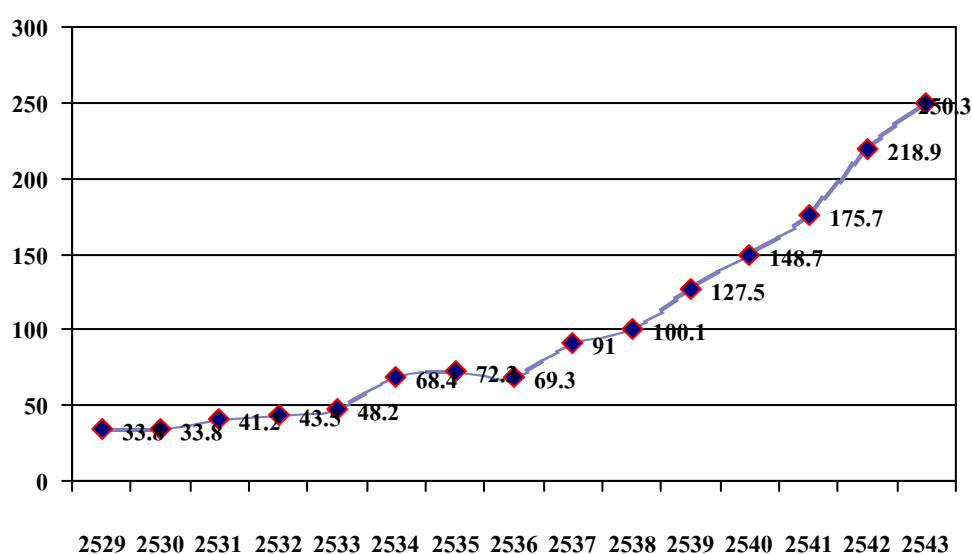
รวบรวมและวิเคราะห์ : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2545-2546 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวาน ในภาพรวมของทั้งประเทศ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน

1.2 สถานการณ์เบาหวาน

โรคเบาหวานมีเหตุผลในการจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางพยาธิสภาพของการเกิดโรคที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยตรงต่อหลอดเลือดต่างๆ ทั้งหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วย

ส่วนอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสูงที่สุดในปี 2544 เท่ากับ 13.2 หรือคิดเป็นประมาณ 1.5 เท่าของปี 2539 แต่มีแนวโน้มลงเป็น 10.7 ในปี 2546 ดังรายละเอียดในภาพประกอบ 3



ที่มา : รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพประกอบ 3 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2543

นอกจากนี้ในการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะเบาหวานร้อยละ 10.8 หรือคิดเป็นจำนวน 5.32 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นเกินกว่า 1.5 เท่า นับจากปี 2540 นอกจากนี้ กลุ่มที่มีภาวะเบาหวานรู้ตัวว่าเป็นเบาหวานมีเพียงร้อยละ 54.33 และเข้ารับการรักษาพยาบาลเพียงร้อยละ 48.54

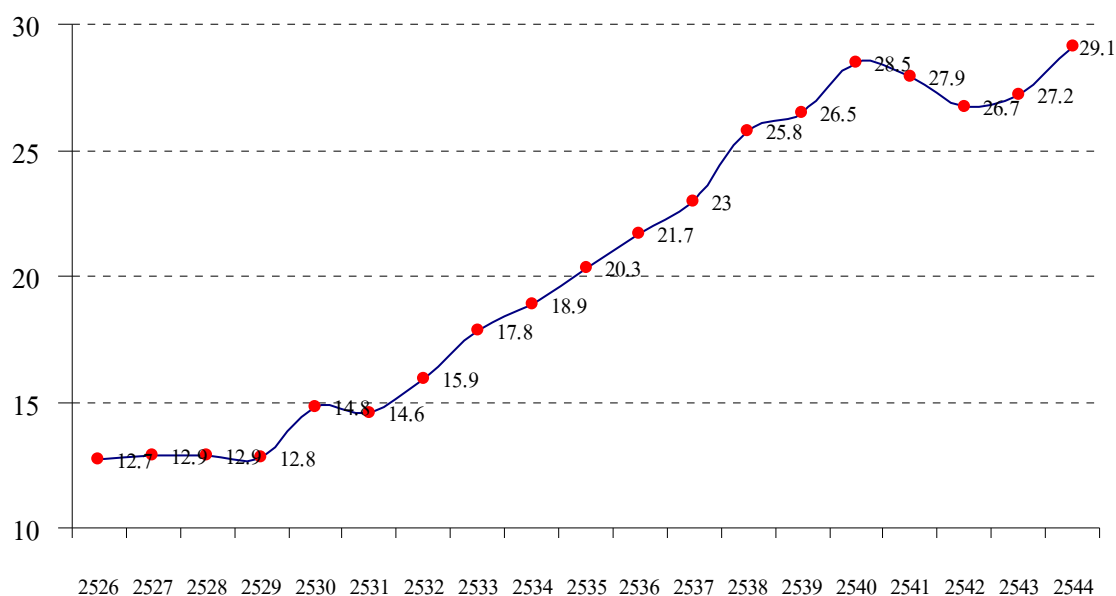
1.3 สถานการณ์การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สมดุล ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ร่วมกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการโดยไม่ได้สมดุล อาหารที่ไม่สมดุลคือ

ตาราง 3 ร้อยละของเยาวชน แม่บ้าน คนงาน ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ พ.ศ. 2539

พฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	เยาวชน		แม่บ้าน		คนงานในโรงงาน	
	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค
การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง	36.0	35.2	35.3	38.7	40.9	34.0
การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	17.1	14.6	16.0	17.0	14.3	12.7
การรับประทานอาหารเสริมสุขภาพเช่น เบรนต์ซูปโก้ วิตามิน ฯลฯ	23.2	11.6	28.3	12.2	29.3	13.1

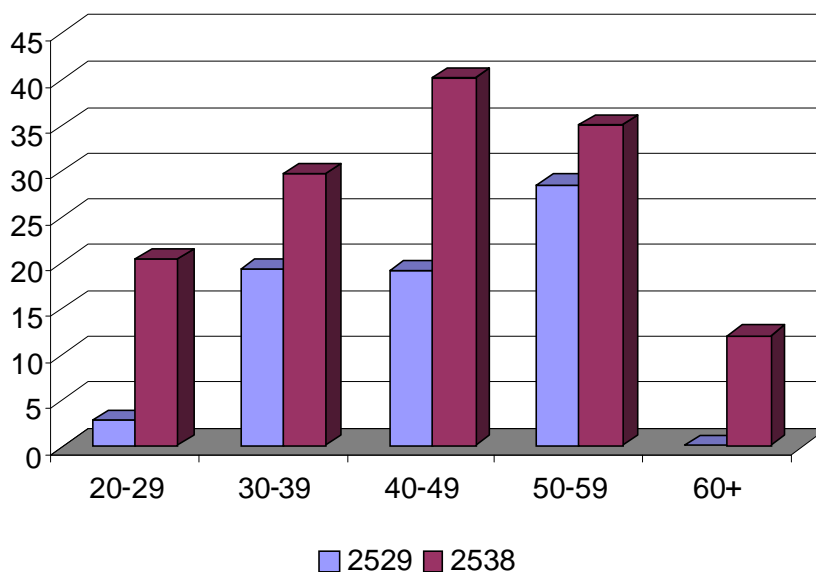
ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ
ประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน ปี พ.ศ. 2539



ที่มา : ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย

ภาพประกอบ 4 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 – 2544

นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านค้า หรือแผงลอยมากขึ้น โดยพบว่า คนไทยส่วนใหญ่ซื้ออาหารปรุงเสร็จจากร้านค้าสูงสุด รองลงมา คือ ตลาดสด และพ่อค้าเร่ ซึ่งประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองส่วนใหญ่จะซื้ออาหารปรุงเสร็จจากตลาดสด ในขณะที่เขตชนบทซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน อาหารเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้คุณค่าทางอาหารครบถ้วนแล้ว ยังมีปริมาณแคลอรีสูงและราคาแพงก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการ เช่น โรคอ้วน ปริมาณไขมันในเส้นเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 ที่พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 50.89 หรือคิดเป็น 25.06 ล้านคน



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : โรคอ้วนในประชากรอายุ ≥ 20 ปี = BMI ≥ 25 กิโลกรัม /ตารางเมตร

ภาพประกอบ 5 อัตราความชุกโรคอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2529 และ พ.ศ.2538

นอกจากนี้ รายงานจากการสำรวจของ กรมอนามัย พบว่า ในปี 2543 ร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 13.6 และในปี 2544 ในประชากรวัยสูงอายุพบว่า มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 23.9 ส่วนการสำรวจในปี 2545 พบว่าร้อยละของประชากรวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 10.22 ประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 29.2

1.4 สถานการณ์การสูบบุหรี่

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2544 พบว่า ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันประมาณ 10.6 ล้านคน หรือร้อยละ 22.5 อย่างไรก็ตาม เมื่อดูจากสถิติย้อนหลังนับตั้งแต่ปี 2519-2544 พบว่าอัตราผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอดจากปี 2534 –2544

จากการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 37.71หรือคิดเป็นจำนวน 18.6 ล้านคน

โรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอดก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอัตราการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น โดยในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่สูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คนหรือวันละ 115 คนหรือชั่วโมงละ 6 คน (จากการคำนวณ ของ ประภิต วาทีสาชกกิจ มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ อ้างถึงใน อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2550: 19) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย โดยพบว่าร้อยละ

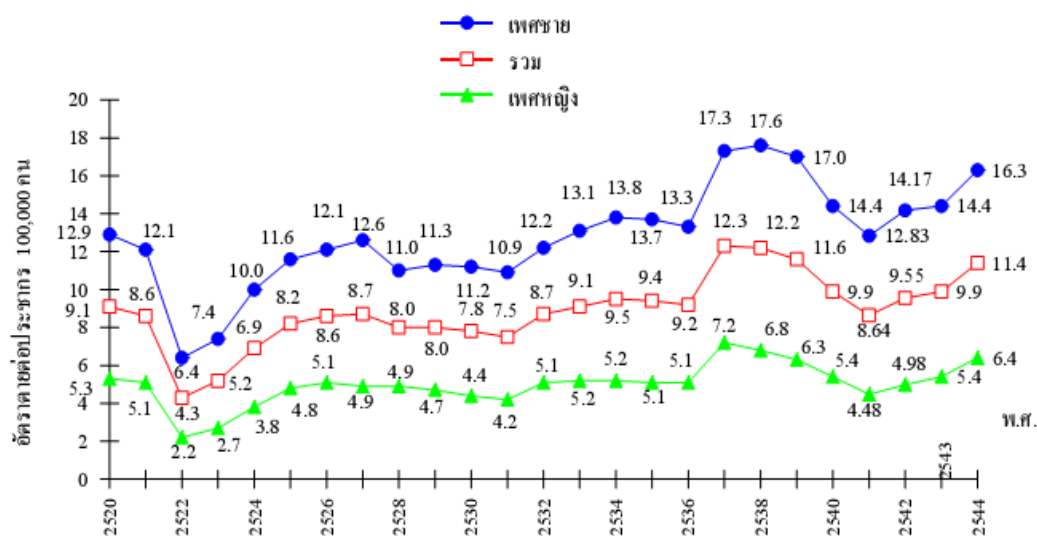
1.5 สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสังคมไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ พ.ศ.2543 คนไทยบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวเท่ากับ 13.59 ลิตร สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 10 ปี เกือบ 1 เท่า เมื่อเทียบกับปี 2533 ที่คนไทยบริโภคเฉลี่ยต่อหัวเพียง 7.46 ลิตร จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2546 พบว่า คนไทยดื่มสุรา 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มที่บริโภคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานชายอายุ 25-44 ปี จำนวน 7.84 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ของประชากรเพศชายวัยเดียวกัน และมีแนวโน้มกลุ่มวัยรุ่นชายมีอัตราการบริโภคมากขึ้น โดยเพศชายวัย 11-19 ปี บริโภคจำนวน 1.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชากรกลุ่มนี้ และยังพบว่ากลุ่มผู้หญิงวัย 15-19 ปี บริโภคเพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า คือ จากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 ในช่วงเวลา 7 ปี (พ.ศ.2539-2546)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.89 หรือคิดเป็นจำนวน 30 ล้านคน ส่วนผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตมีร้อยละ 39.11 หรือคิดเป็นจำนวน 19.3 ล้านคน

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างไม่ถูกต้อง (ปริมาณมากสม่ำเสมอ) และขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและการบาดเจ็บ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ตับอักเสบและตับแข็ง มะเร็ง อวัยวะต่างๆ เช่น ตับ กระเพาะอาหาร การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และอุบัติเหตุจราจร ฯลฯ

โรคที่เกิดจากการดื่มสุราที่สำคัญ คือ โรคตับแข็ง และอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา โดยพบว่าอัตราการตายจากโรคตับและตับเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520-2544 อยู่ระหว่าง 4.3 - 12.3 ต่อประชากรแสนคน

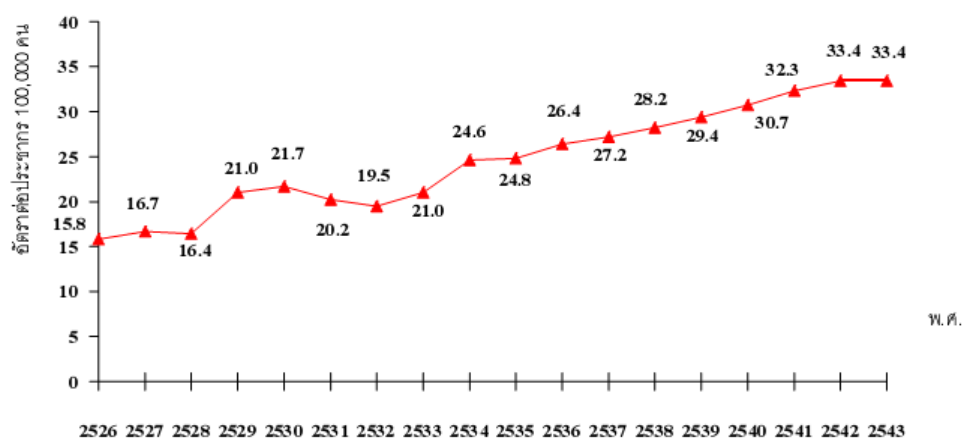


ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ภาพประกอบ 6 อัตราตายจากโรคตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2544

1.6 สถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตและโรคประสาทมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะอัตราการเข้าพักรักษาด้วยโรคจิตและโรคจากความแปรปรวนทางจิตเพิ่มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2539 – 2544 โดยเฉพาะภายหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจพบอัตราการเข้ารักษาจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจาก 30.7 ต่อประชากรแสนคนในพ.ศ. 2540 เป็น 33.4 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2543



ที่มา : รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ภาพประกอบ 7 อัตราการเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526-2543

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาจากรากฐานแนวคิดทฤษฎี 2 ส่วนคือ แนวทางการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ตามหลักการแห่งพฤติกรรม และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

2.1 แนวทางการปรับพฤติกรรม

เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมเป็นกลวิธีที่นำหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior principles) มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักการเรียนรู้ตามทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม โดยทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ สกินเนอร์ (B.F Skinner) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลที่ได้รับ (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น และผลสืบเนื่องที่ได้รับว่ามี 2 ประเภท คือ 1) ผลสืบเนื่องที่เป็นการเสริมแรง (Reinforce) ผลที่ได้รับทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มขึ้น และ 2) ผลสืบเนื่องที่เป็นการลงโทษ (Punisher) ผลที่ได้รับซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 32)

การปรับพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมที่ค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทยในช่วงเริ่มแรก ใช้เป็นกลวิธีการรักษาหรือเรียกว่า พฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มิพฤติกรรมผิดปกติโดยนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้การบำบัด แต่ต่อมามีการนำมาใช้และเผยแพร่กันอย่างจริงจังในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีปกติสุข จากหลักฐานเอกสารที่ปรากฏ พบว่าการปรับพฤติกรรมในประเทศไทย เริ่มเกิดขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ.2517 โดยเป็นปริญญาบัตรของนิสิตบัณฑิตศึกษาภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ราย และในปี พ.ศ.2523 เป็นการศึกษาค้นคว้าด้านการปรับพฤติกรรมและเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักกันโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเชื่อพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม

นักปรับพฤติกรรมมีความเชื่อพื้นฐาน 2 ประการ (ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2552) คือ

1. พฤติกรรมปกติกับพฤติกรรมผิดปกติ พัฒนามาจากหลักการเดียวกัน คือจากหลักการเรียนรู้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาท
2. พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้โดยหลักการเรียนรู้เช่นเดียวกัน และในปัจจุบัน จากคำว่า การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) และ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นคำที่ใช้ในความหมาย “การปรับพฤติกรรม” หมายถึง การประยุกต์ของกระบวนการของทฤษฎีการวางเงื่อนไขผล

คุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม มิคุลัส (Mikulas, 1978: 9-12) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมไม่เน้นอดีต (Ahistorical) หมายความว่า การปรับพฤติกรรมไม่สนใจมากนักว่า บุคคลมาจากไหน และปัญหาเกิดมาอย่างไรในอดีต แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and now) เป็นสำคัญ คือ สนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมในกรณีที่ข้อมูลนั้นเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักปรับพฤติกรรมทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา หลีกเลี่ยงการจัดประเภทบุคคล และการใช้คำบางคำ เช่น “อปกติ” ทั้งนี้เพราะการตีตราและการจัดประเภทบุคคล อาจจะมีประโยชน์ในเชิงการบริหารและการสื่อสาร และอาจช่วยแนะว่าตัวแปรใดที่ควรพิจารณาในระหว่างการประเมินพฤติกรรม แต่การตีตราและการจัดประเภทบุคคลไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมากนัก ตรงกันข้ามการตีตราบุคคลอาจจะเป็นการทำลายบุคคล (คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอย่างไร อาจจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมไม่เป็นปกติเช่นนั้นก็ได้ เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้) นอกจากนี้ การตีตราหรือการจัดประเภทบุคคล อาจจะทำให้ นักปรับพฤติกรรมมองข้ามพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับของบุคคลนั้น คำว่า “อปกติ” “เบี่ยงเบน” และคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต” คำเหล่านี้เป็นภาวะสันนิษฐาน (construct) ซึ่งบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้นิยามไม่ตรงกันพฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจถือว่าเป็น พฤติกรรมปกติในสังคมหนึ่ง แต่อาจเป็นพฤติกรรมปกติในอีกสังคมหนึ่งก็ได้ เช่น เด็กพูดโต้แย้งผู้ใหญ่ในสังคมตะวันตกถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติ เป็นการกล้าแสดงออก แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับอาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ขาดสัมมาคารวะเป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ

3. การปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องเข้าใจได้ (Sensible) หมายความว่า ในการปรับพฤติกรรมบางโปรแกรม สามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรม ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้ โดยที่พวกเขาเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องรู้รูปแบบเชิงทฤษฎีและคำนิยามเฉพาะใด ๆ ก็ได้ (เพราะการปรับพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่มีความชัดเจนสามารถเข้าใจได้ง่าย) การให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้ จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดีในการดำเนินการปรับพฤติกรรม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (One-to-one relationship) นั่นหมายความว่า ในการปรับพฤติกรรมนั้น ไม่ใช่เฉพาะนักปรับพฤติกรรมเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ และการปรับ

5. ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้บุคคลปรับพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง เทคนิคการควบคุมตนเองเป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่าง ๆ ได้ เช่น จากผู้ใกล้ชิด จากนิตยสารจากตำรา จากคลินิก จากโทรทัศน์ หรือจากการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น

ความหมายของการปรับพฤติกรรม

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชาวุธ และ ชีระพร อูวรรณโณ (ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978:2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้ายๆ กับความหมายที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลอรี่และวิลสัน (O'leary and Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้ วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

ส่วนหลักการแห่งพฤติกรรม คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้ และแนวคิดของการใช้หลักการแห่งพฤติกรรมมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งออกเป็นสองกรณี คือ

1. กรณีที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมโดยตรง นักปรับพฤติกรรมใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข จัดการกับพฤติกรรมโดยตรง ด้วยการควบคุมสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ได้

2. กรณีที่ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อม สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนที่ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน หรือ จัดกระทำโดยเปลี่ยนที่ความรู้คิด (Cognitive) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน ซึ่งตามหลักการแห่งพฤติกรรมเชื่อว่า ความรู้สึก ความรู้คิด และพฤติกรรมมีผลซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจจะเปลี่ยนได้ที่ความรู้สึกหรือความรู้คิด ซึ่งจะส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อม

การปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน

การปรับพฤติกรรมมีประวัติความเป็นมาอันยาวนานบนพื้นฐานของหลายแนวคิด หลังจากปี ค.ศ. 1970 ความนิยมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ได้รับความนิยมนลดลง ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง จนทำให้ดูเหมือนไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ประกอบกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหามองพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขไม่สามารถอธิบายหรือจัดวางเงื่อนไขให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมภายในซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงเป็นโอกาสให้นักจิตวิทยากลุ่มปัญญานิยมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม ซึ่งผู้นำของนักจิตวิทยากลุ่มนี้ได้แก่ Albert Bandura เป็นผู้เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งแนวคิดในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมนอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 1980 และได้มีการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมต่างๆ มากมาย นอกจากนี้ปัจจุบันยังได้มีการนำเอาแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเข้ามาใช้ในการพัฒนาด้วย ซึ่งรู้จักกันในนามของการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) (ประทีป จินฉิ่ง, 2540)

สามารถสรุปได้ว่า ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้

1. เน้นที่พฤติกรรมเฉพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้
3. ต้องมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน
4. ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ
5. การศึกษาแนวนี้จะเน้นที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น
6. เน้นความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น
7. เทคนิคต่างๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย
8. การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ
9. วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

ข้อควรคำนึงในการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและต้องอาศัยเวลา เทคนิคที่เหมาะสม พฤติกรรมที่อาจจะปรับได้ เช่น เป็นพฤติกรรมที่เพิ่งเกิดขึ้นปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไม่รุนแรง และก็เป็นเฉพาะบางคนเท่านั้นที่จะสามารถปรับพฤติกรรมได้ และการนำไปใช้ก็ต้องระมัดระวังอย่างมาก ดังต่อไปนี้ (จุฑารัตน์ กิตติเชมากร, 2550)

1. สิทธิของบุคคล
2. ในการปรับพฤติกรรม ผู้ใช้หรือให้บริการปรับพฤติกรรมจะต้องระลึกเสมอว่า ตนเองมีความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมดีพอหรือยัง การนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ จะต้องเตรียมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างไร
3. จะต้องคำนึงว่าการปรับพฤติกรรมนิยมที่จะเลือกใช้เทคนิคการเสริมแรงหรือปรับเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม หรือเพิ่มพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ หรือปัญหาทางอารมณ์ตามมาได้
4. ผู้ปรับพฤติกรรมควรคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ถูกปรับพฤติกรรมหรือผู้รับบริการปรับพฤติกรรมเพื่ออยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข
5. การนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ควรนำไปพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับสังคมและคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญ

ตัวอย่าง เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกรณีวิเคราะห์รายบุคคล (Single case) (จุฑารัตน์ กิตติเชมากร, 2550)

จุดประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่จะศึกษา ว่าควรจะ กำหนดนิยามของพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน ในที่นี้เราจะศึกษาเรื่องของการออกกำลังกาย โดยนิยาม การออกกำลังกาย ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายให้มีจังหวะเหมาะสม เป็นการฝึกซ้อมให้ร่างกายแทบทุกส่วนได้มีความคล่องว่องไว พร้อมกับการได้แรงงานด้วย ได้แก่ การว่ายน้ำ โดยวัดจากเวลาที่ว่ายน้ำ ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง และการวิ่ง โดยวัดจากการวิ่ง ตั้งแต่ 30 นาที อย่างต่อเนื่อง เป็นประจำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เราจะใช้ออกกำลังกายในช่วงเวลา หลังเลิกงาน คือ เวลา 18.00 – 21.00 น. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ของสัปดาห์ โดยสถานที่ที่ใช้คือ สระว่ายน้ำในบริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัย และบริเวณรอบๆหมู่บ้าน สวนสาธารณะ จากนั้นก็จะ เริ่มการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ใช้การสังเกตแบบเข้าไปมีส่วนร่วม (Participated observation) โดยการบันทึกแบบความถี่ (Frequency recording) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป็นการบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด ในกรณีศึกษานี้ นั่น เป็นการสังเกตความถี่ (จำนวนครั้ง) ในการออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดวันและเวลาในการออกกำลังกาย ในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกาย โดยจะต้องเก็บอย่างต่อเนื่อง(Continuous assessment) โดยดูจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งเก็บเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น(Baseline) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม ดูความสม่ำเสมอของการเกิดพฤติกรรม

ข้อควรสังเกต ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้ผลสำเร็จ เนื่องมาจากลักษณะของผู้ถูกสังเกตเองต้องการอยู่แล้ว ซึ่งสังเกตได้จากความกระตือรือร้น หลังจากที่เขาได้รับคำชมเชยว่า เมื่อออกกำลังกายแล้วทำให้ดูสดชื่น และเมื่อมีคนให้ความสนใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เขาก็จะแนะนำและชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และผลกรรมที่เขาได้รับคือ ร่างกายมีความคล่องแคล่วขึ้น การทำงานได้นานขึ้น เหนื่อยช้าลง แจ่มใส สดชื่น อารมณ์ดี ฯลฯ และผู้ถูกปรับพฤติกรรมเป็นคนที่จะชวนเพื่อนไปออกกำลังกายอีกในครั้งต่อไป ซึ่งจะเห็นว่า การปรับพฤติกรรมในกรณีนี้ ผู้ถูกสังเกต ก็ยังคงต้องอาศัยการเสริมแรง คือ การมีเพื่อนไปออกกำลังกายทุกครั้ง และการให้ความสนใจหาข่าวสารใหม่เล็กๆน้อยๆมาเล่าให้ฟัง ฯ

ส่วนปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการตามแผน ก็จะเป็นในในเรื่องของเวลา ซึ่งถ้าวันไหนเราออกจากที่ทำงานช้ากว่าปกติ ก็จะทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลงแต่ก็จะพยายามออกกำลังกายให้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งในเรื่องของภูมิอากาศ ในช่วงที่ให้การเสริมแรงนั้น เป็นช่วงเวลาที่มียามอากาศหนาวสลับอากาศร้อน ทำให้การออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำสลับกับการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้านแทน และสิ่งหนึ่งที่เกิดจากหลังการออกกำลังกายคือทำให้รับประทานอาหารต่ำลง ซึ่งมีผลทำให้ลดน้ำหนักขึ้น

2.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

Stages of change theory หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นทฤษฎีของโปรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (James O. Prochaska & Carlo DiClemente, 1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (คาร์นิ สืบจากดี, 2552) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบทรานส์ทีโอเรติกอล (Transstheoretical model: TTM) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 5 ประการ คือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (Decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (Self-efficacy) และระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (Habit strength/temptation) (Kelly, 2008: 149; กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549: 24-26) ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น

เริ่มต้น โปรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ (คาร์นิ สืบจากดี, 2552; พิชัย แสงชาอุชัย, 2552)

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation)

เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อคนเราไม่รู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็จะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อาจจะมีคำถามว่า“...ก็ฉันชอบสูบบุหรี่...ทำไมต้องเลิกสูบบุหรี่ล่ะ” หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม สำหรับ Stage of change แล้วถือว่าเป็นโอกาสที่ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation)

เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้ นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพุดคุยถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3. ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation)

เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน อย่างเช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องสุขภาพ ขอคำปรึกษา พุดคุยกับแพทย์ คำนวณว่าข้อมูลหรือชื่อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยน

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้อ้างอิงไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4 - 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็นสำหรับ Stage of change แล้ว การลงมือปฏิบัติ เป็นเพียง 1 ใน 6 ของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ อย่างเช่น

การสูบบุหรี่ - การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็น ขั้นลงมือปฏิบัติ

การควบคุมน้ำหนัก - จะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่า 30% ต่อวัน นอกจากนี้ยังถือว่าการเฝ้าระวังการกลับไปเสพยา (Relapse) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัตินี้ด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางจัดอุปสรรคและให้กำลังใจแก่เขา

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)

เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็น การป้องกันการกลับไปเสพยาของคนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพยา โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ

อาจมีคำถามว่า “...นานเท่าไรสิ่งที่กระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้?” ก็ขึ้นกับการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับอะไร ถ้าหากพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2 -3 วัน ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำ ให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการเอาชนะภาวะเสพยาให้ได้ อย่างเช่นการเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. การกลับไปมีปัญหาย้ำ (Relapse)

คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความ

โดยปกติคนทั่วไปไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้อยู่ในระดับ Maintenance ได้สำเร็จตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่มักต้องอาศัยความพยายามมากกว่า 3-4 ครั้งขึ้นไปกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดนานกว่า 6 เดือน การกลับมาของพฤติกรรมเดิมหรือการเลื่อนระดับต่ำลงนั้นมักเกิดขึ้นได้บ่อย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเพิ่มระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ นั้นอาจเกิดขึ้นได้แต่พบน้อยมาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนมากมักเป็นแบบรูปเกลียว (Spiral model) คือมีการถอยหลังของ Stage of change ในบางครั้งก่อนจะเลื่อนระดับขั้นสูงขึ้นสูงและถอยกลับอีกครั้ง บางครั้งการถอยกลับนี้อาจทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความอายหรือความทุกข์จากความล้มเหลวที่เกิดขึ้น จนอาจหมดกำลังใจและต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในบางกรณีอาจถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหาและจะอยู่ในระดับนั้นเป็นเวลานานกว่าปกติ แต่พบว่าส่วนมากร้อยละ 85 มักไม่มีการถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหา และส่วนใหญ่ของการถอยกลับของระดับขั้น มักทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ข้อคิดในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป (กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549) แม้ว่าทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีหลายระดับ แต่ประเด็นสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Homeffer-Ginter, 2008: 352) อย่างไรก็ตาม มีการเสนอแนะว่าความสำคัญของทฤษฎีนี้ไม่ได้อยู่ที่การนำเสนอรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบุคคลในแต่ละระดับขั้น แต่อยู่ที่การนำเสนอกลยุทธ์หรือวิธีการต่างๆ ไปที่ควรใช้เมื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วย (Lenio, 2552: 82)

งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มากนัก ตัวอย่างงานวิจัย เช่น พิสมัย จารุชวลิต (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบให้ สอดคล้องกับกระบวนการความคิดของบุคคลนั้นๆ กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 124 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ ทศนคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว

สำหรับในต่างประเทศ มีงานวิจัยทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในภาพรวมพบว่าทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกเสพยาโคเคอิน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดอาหารไขมัน พฤติกรรมทางเพศที่ต้อง พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการตรวจเต้านม พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ เป็นต้น โดยมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่หลากหลาย ซึ่งผลการศึกษาล้วนพบว่ามีประสิทธิผลของทฤษฎีดังกล่าว (Lenio, 2552; Zimmermam, Olsen, & Bosworth, 2000; Basta, reece, & Wilson, 2008; Woody, DeCristofaro, & Carlton, 2008) ตัวอย่างงานวิจัยเช่น การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาที่ฉีดยาเสพติด (Intravenous drug users: IDU's) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวี (Lenio, 2552) ผลการศึกษาพบว่าทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดยาที่ฉีดยาเสพติดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า การแยกผู้ติดยาที่ฉีดยาเสพติดซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานด้วยออกเป็นระดับขั้นตามทฤษฎี ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจแรงจูงใจของพวกเขามากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ระดับขั้นในการประเมินว่ากระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มีผลกระทบต่อพวกเขา ณ เวลานั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยที่ติดยาต้องการรักษาด้วยยาและไม่มีความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเลิกใช้ยา (ขั้นไม่สนใจปัญหา) พยาบาลก็จะไม่ให้การรักษาดูแล แต่จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมอื่นๆ แทน เช่น พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีหลายทฤษฎี ซึ่งในบทนี้ขอนำเสนอทฤษฎีที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (บัจอธ ฉางทรัพย์, 2549: 27-36) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน

โรเซนสต็อก ฮอคบวม คีเกลส์ และลีเวนทอล (Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; & Leventhal, 1950 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสถานะชีวิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 330 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย และความอาย เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค

เบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman, 1975: 12) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker, 1984: 44) สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบาย ทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 แต่ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker, 1984: 44) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือหัวหน้าชุมชน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

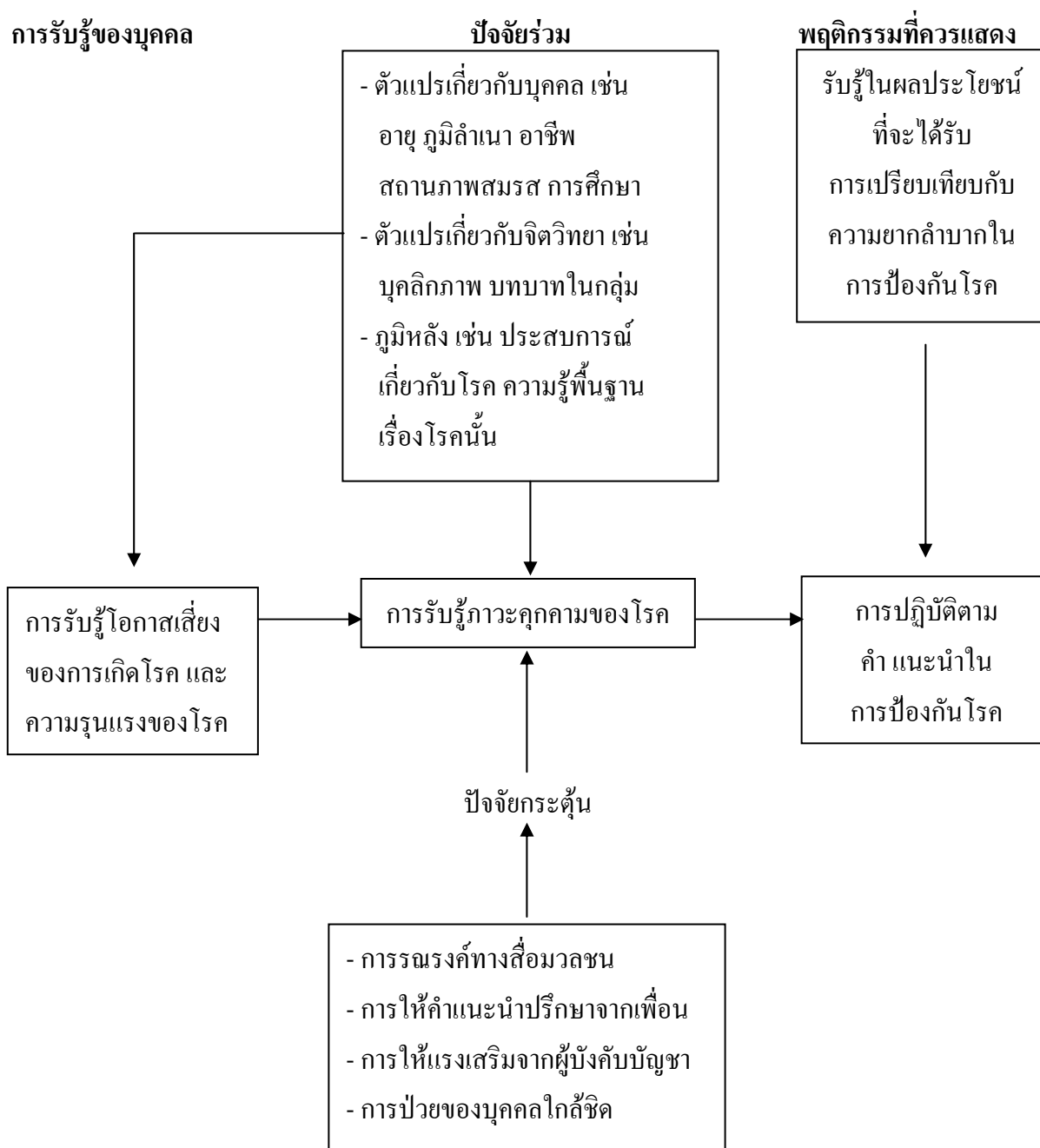
เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีการศึกษาและงานวิจัยมากมาย ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติ การรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคัม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสานามพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ทรานเท่าที่การปฏิบัตินั้นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกว่าการคุกคามตนเองคือตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้อาจมีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman, 1975: 3-24)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยการตัดสินใจจากการรับรู้สภาวะคุกคามของโรค ซึ่งก็ขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาไตร่ตรองจากสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชักนำจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 8



ที่มา : Becker, M.H.; & Maiman, L. (1975, January). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health Medical Care Recommendation. *Medical Care*, 13(1): 12.

ภาพประกอบ 8 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกาชื่อ รอตเตอร์ (Rotter, 1966: 1-25 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532) โดยกล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และอธิบายถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน ว่าเกิดขึ้นขั้นตอน ตามการคาดหวังจากพฤติกรรมที่กระทำ โดยเขาได้กล่าวไว้ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นผลมาจากการกระทำ หรือจากความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไป

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีก มโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978: 1192-1211)

นอกจากนี้ สตริกแลนด์ (Strickland, 1978) ยังกล่าวสรุปถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การต่อต้านการคล้อยตามอิทธิพลของสังคม การค้นหาข้อมูลและการทำงานตามภารกิจความสำเร็จและความสามารถ และพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนจะเริ่มพัฒนาจากเด็กไปจนเป็นผู้ใหญ่ โดยความเชื่ออำนาจภายในตนมีมากขึ้นตามอายุแต่ละต่ำลงในวัยชรา และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประสบการณ์ที่สะสม ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอีกด้วย

แนวความคิดเรื่องความเชื่ออำนาจการควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532: 100) นอกจากนี้การศึกษาของเคนเนดีและคณะ (Kennedy; Probart; & Dorman, 1991: 319-329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะ

แครนดอลล์ และเลซี (Crandall; & Lacey, 1972: 1123-1131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน กับตัวแปรต่างๆ พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน มีความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้คาร์เมน (Carment, 1974: 45-60) พบว่าวัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนอีกด้วย

จอห์นสัน เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำแบบวัดของกรรณิการ์ กัณธรักษา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และนำแบบวัดของ กรรณิการ์ กัณธรักษา มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วน ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: 63) ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากงานวิจัยที่กล่าวทั้งหมดจะเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางการป้องกันโรค

3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

สมบุญณ์ ขอสกุล และสรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2535: 43) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นกลุ่มคน จึงเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทางที่

แคพเพลน โรบินสัน และเฟรนช์ (Caplan; Robinson; & French, 1976: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร สิ่งของ/แรงงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งประเภทพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย
2. การสนับสนุนในการให้ประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องให้การรับรอง (Affirmation)
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) การให้ข่าวสาร
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะเป็นองค์กร และเป็นเครือข่ายเฉพาะบุคคล โดยลักษณะเป็นองค์กร ได้แก่ กลุ่มคนทำงาน หรือกลุ่มให้บริการ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวมกันมีเป้าหมายเดียวกัน มีภารกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดย บราวน์ และแมค เอลรีน (Brown, 1986: 4-9; Mac Elveen, 1987: 319-337 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987: 396) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประการ ประการแรก ได้แก่ ด้านสนับสนุน (Support) หมายถึงการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น สิ่งของ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประการที่สองด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำ

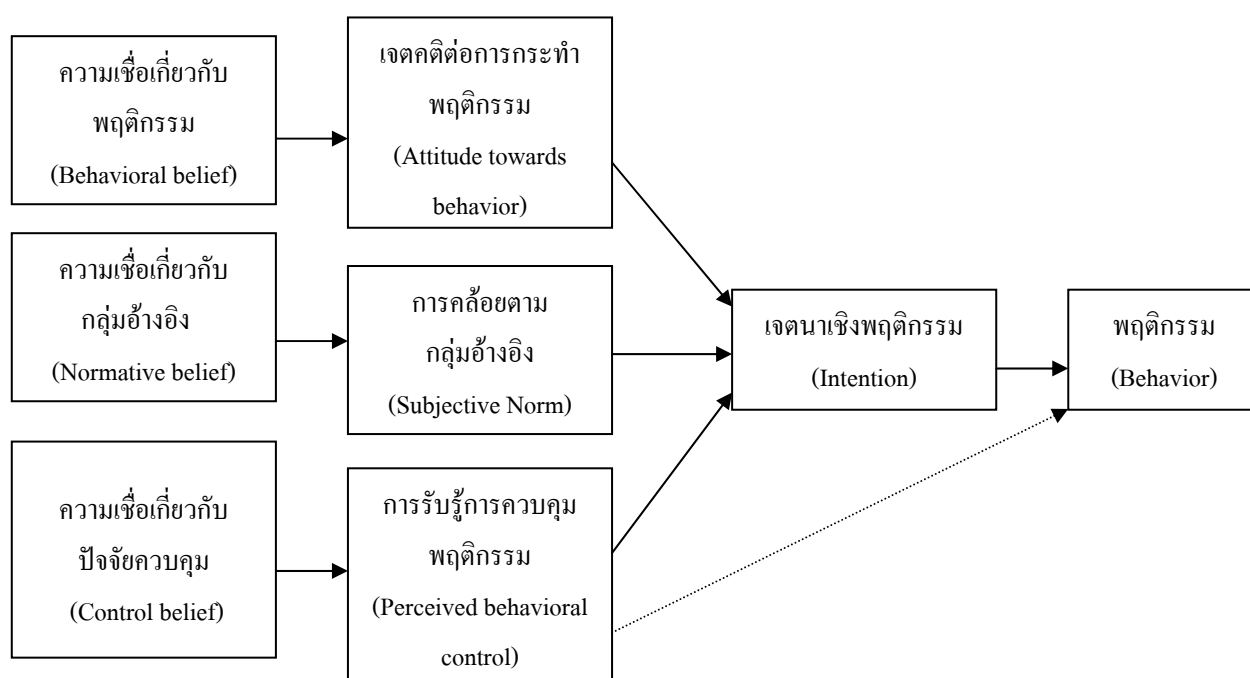
การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีการศึกษาโดยคอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976: 300-313; Cassel, 1974: 471-482) พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาในระดับวิทยายังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-313) และแลงกลี (Langlie, 1977: 244-260) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จะเห็นได้ว่า มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์/พยาบาลสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง จึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) เป็นทฤษฎีส่วนขยายของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein, 1980) เนื่องจากข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรมอย่างสมบูรณ์ (Complete volition control) เจตนาเชิงพฤติกรรมถูกสมมติว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะมีพยายามในการกระทำมากขึ้นเพียงนั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีพฤติกรรมหลายอย่างที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาอย่างสมบูรณ์ (Incomplete volition control) เพราะการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต้องอาศัยปัจจัยอื่นที่มีใช้ปัจจัยด้านแรงจูงใจร่วมอยู่ด้วย เช่น ทรัพยากรและโอกาส (ได้แก่ เวลา เงิน ทักษะ ความร่วมมือจากผู้อื่น) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจึงได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดทั้งเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมและการกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนยังกล่าวว่าการกระทำพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความเชื่อ 3 ประการ



ภาพประกอบ 9 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ตัวอย่างเช่น โกดินและคอก (Courneya et al, 2000: 301 cited Godin and Kok, 1996) ได้สรุปงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลัง จำนวน 18 เรื่อง พบว่า เจตนา และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 36 นอกจากนี้ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการทำพฤติกรรมการเคลื่อนไหว

4. การบริหารจัดการและการประเมินโครงการ

การบริหาร (Administration) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Administatrae” หมายถึง ช่วยเหลือ (Assist) หรืออำนวยความสะดวก (Direct) และความหมายดั้งเดิมของคำว่า Administer หมายถึง การติดตามดูแลสิ่งต่าง ๆ ส่วน **การจัดการ (Management)** นิยมใช้ในภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อมุ่งแสวงหากำไร (Profits) หรือกำไรสูงสุด (Maximum profits) สำหรับผลประโยชน์ที่จะตกแก่สาธารณะถือเป็นวัตถุประสงค์รองหรือเป็นผลพลอยได้ (By product) เมื่อเป็นเช่นนี้ จึงแตกต่างจากวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการสาธารณะทั้งหลาย (Public services) แก่ประชาชน การบริหารภาครัฐทุกวันนี้หรืออาจเรียกว่า การบริหารจัดการ (Management administration) เกี่ยวข้องกับภาคธุรกิจมากขึ้น เช่น การนำแนวคิดผู้บริหารสูงสุด (Chief Executive Officer) หรือ ซีอีโอ (CEO) มาปรับใช้ในวงราชการ การบริหารราชการด้วยความรวดเร็ว การลดพิธีการที่ไม่จำเป็น การลดขั้นตอนการปฏิบัติราชการ และการจูงใจด้วยการให้รางวัลตอบแทน เป็นต้น

การบริหาร บางครั้งเรียกว่า การบริหารจัดการหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของและหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารนโยบาย (Policy) 2) การบริหารอำนาจหน้าที่ (Authority) 3) การบริหารคุณธรรม (Morality) 4) การบริหารที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Society) 5) การวางแผน (Planning) 6) การจัดองค์การ (Organizing) 7) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Staffing) 8) การอำนวยความสะดวก (Directing) 9) การประสานงาน (Coordinating) 10) การรายงาน (Reporting) และ 11) การงบประมาณ (Budgeting) เป็นการนำ “กระบวนการบริหาร” หรือ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า แฟ้มส์-โพสคอร์ด (PAMS-POSDCoRB) แต่ละตัวมาเป็นแนวทางดำเนินงาน

นอกจากนี้ การบริหาร ยังหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ คน สิ่งของ และหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น (1) การบริหารคน (Man) (2) การบริหารเงิน (Money) (3) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) (4) การบริหารงานทั่วไป (Management) (5) การบริหารการให้บริการประชาชน (Market) (6) การบริหารคุณธรรม (Morality) (7) การบริหารข้อมูล

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของบุคคลและสังคมซึ่งจะต้องอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทางการดำเนินงานหรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย ซึ่งอาจเรียกว่า ประธานหรือผู้จัดการ โครงการ โดยมีจุดเน้นแตกต่างกันไปบ้าง ที่ครอบคลุมถึง การดำเนินงาน การปฏิบัติงาน แนวทาง (Guideline) วิธีการ (Method) หรือมรรควิธี (Means) หน่วยงาน หรือ บุคลากรที่นำมาใช้ในการบริหารโครงการหรือปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่จุดหมายปลายทาง (Goal) หรือการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

การประเมินโครงการ (CIPP Model)

สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) ได้เสนอวิธีการประเมินที่รู้จักกันเป็นอย่างดีในวงการการศึกษาที่เรียกว่า รูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการประเมินประเภท Systematic Decision-Oriented Evaluation (SD Models) เน้นการใช้วิธีเชิงระบบเพื่อการสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องสำหรับการตัดสินใจในเชิงบริหาร ระบบการประเมินแบบ CIPP เกิดขึ้นประมาณปลาย ปี ค.ศ. 1960 ซึ่งถูกนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการของโรงเรียนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งรูปแบบซีป (CIPP Model) เป็นตัวย่อของการประเมินโครงการ ตามตัวอักษร 4 ตัว คือ C: context หรือ บริบท I: Input หรือ ข้อมูลป้อนเข้า P: process หรือ กระบวนการ และ P: product หรือ ผลผลิต

4.1 หลักการของการประเมินตามรูปแบบ CIPP

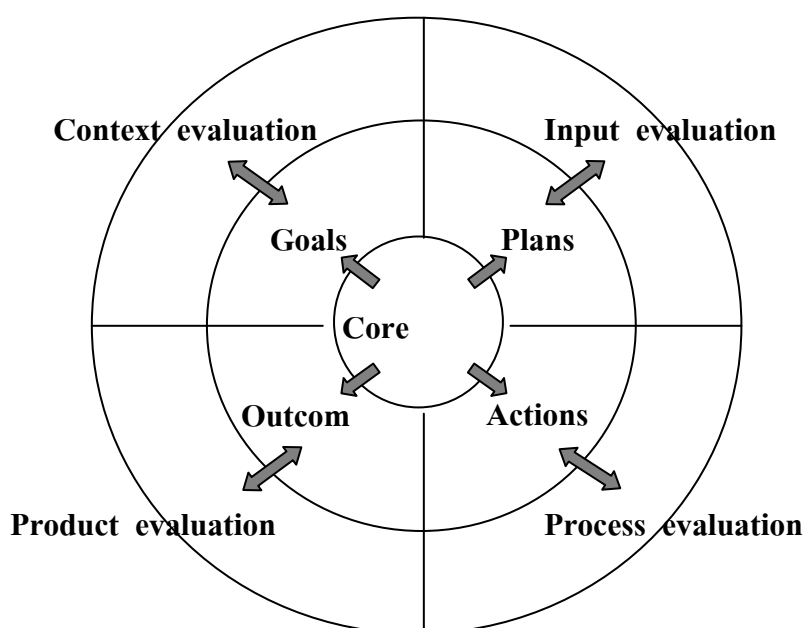
รูปแบบการประเมินแบบ CIPP มีขึ้นเพื่อทำให้ผู้บริการรับรู้ข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและปรับปรุงโครงการ และทำให้การใช้ทรัพยากร เวลา และเทคโนโลยี ตอบสนองต่อความต้องการ ได้รับผลประโยชน์ด้วยความเหมาะสมและเที่ยงธรรม ด้วยรูปแบบของ CIPP เอื้อต่อการปรับปรุงโครงการและเป็นหลักการที่เป็นประชาธิปไตย ดังนั้นผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถที่จะ

1. มีความเข้าใจและได้รับผลประโยชน์อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. มีความชัดเจนในความต้องการในการบริการ หรือปรับปรุงโครงการ
3. ได้รับข้อมูลการใช้โครงการที่ออกแบบ เพื่อสนองความต้องการหรือจากบริการอื่นๆ
4. การประเมินช่วยแนะแนวทางในการบรรลุเป้าหมายของโครงการ
5. การประเมินข้อดี คุณค่า ความสำคัญ และความตรงจุดของบริการต่าง ๆ

รูปแบบ CIPP ยังมีหลักสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินจะทำหน้าที่ในระยะยาวเพื่อกระตุ้น คำจูน และช่วยเหลือในการปรับปรุง โครงการ ระบบจะทำหน้าที่กระตุ้นให้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า นอกจากนี้ระบบนี้ยังช่วยให้ผู้ประเมินเรียนรู้บทเรียนต่างๆ ที่ได้จากความพยายามที่ล้มเหลวและที่ประสบผลสำเร็จอีกด้วย นอกจากนี้รูปแบบ CIPP ยังเน้นที่จะประเมินด้วยความจริง โดยใช้หลักทฤษฎีที่ถูกต้องทางศีลธรรม พิจารณาตามความเป็นจริง หรือสิ่งที่เป็นอยู่จริง ไม่ใช่หรือเป็นไปตามความรู้สึกส่วนบุคคล เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปบนพื้นฐานของความเท่าเทียม และสามารถโต้แย้งได้ในกรณีต่างๆ

องค์ประกอบหลักของการประเมินแบบ CIPP คือ “คุณค่า” ซึ่งถูกกำหนดจากกลุ่มคนหรือสังคมนั้นๆ ระบบนี้จะทำให้ผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถบ่งชี้และเข้าใจคุณค่าที่ใช้เป็นรากฐานสำคัญของการประเมินในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นการประเมินทั้ง 4 ประเภท จะมีคุณค่า เป็นแกนกลาง ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับโครงการได้ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินทางบริบท การประเมินทางบริบทก็จะเป็นตัวจัดหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์และปรับปรุงเป้าหมายที่กำหนด
2. การปรับปรุงแผนดำเนินการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินข้อมูลป้อนเข้า การประเมินข้อมูลป้อนเข้าก็จะเป็นสิ่งที่ใช้ตัดสินแผนดำเนินการและทิศทาง เพื่อแผนดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การปฏิบัติการตามโครงการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินกระบวนการ การประเมินกระบวนการก็จะเป็นสิ่งที่ตัดสินกิจกรรมต่าง ๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง การปฏิบัติของบุคลากร
4. ผลลัพธ์ / ผลผลิต จากการปฏิบัติ เช่น การประสบความสำเร็จ เป็นตัวกำหนดถึงการประเมินผลลัพธ์ / ผลผลิต การประเมินทางผลลัพธ์ / ผลผลิต ก็จะเป็นเครื่องตัดสินผลลัพธ์จากการปฏิบัติการเพื่อจะพัฒนาไปสู่ความก้าวหน้าต่อไป



ภาพประกอบ 10 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ CIPP (Stufflebleam & Shinkfield, 2007: 333)

4.2 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินแบบ CIPP

ดังที่กล่าวข้างต้นว่า รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP ประกอบด้วยการประเมิน 4 ประเภท คือ บริบท ข้อมูลนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต/ผลลัพธ์ รายละเอียด (Stufflebleam & Others, 1977: 218-239; Stufflebleam & Shinkfield, 2007: 334 – 346) ดังนี้

1. การประเมินบริบท (Context evaluation: C) เป็นการประเมินข้อมูลพื้นฐานโดยเน้นในด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เพื่อหาเหตุผลที่ใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฝึกอบรม รวมถึงการหาความจำเป็นในการฝึกอบรมเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ เพื่อกำหนดทิศทางและวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ซึ่งการประเมินบริบทมีจุดประสงค์ ดังนี้

- 1) เพื่อให้คำนิยามบริบทที่มีความเกี่ยวข้อง
- 2) ระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
- 3) จัดหาโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการ
- 4) วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากความต้องการ
- 5) ตรวจสอบเป้าหมายโครงการว่าสามารถตอบสนองความต้องการจากการประเมินได้หรือไม่

หรือไม่

วิธีการประเมินบริบท ใช้ในการวิเคราะห์ระบบ การสำรวจ การตรวจสอบเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่สอง การพิจารณา การตรวจสอบสัมภาษณ์ การทดสอบวินิจฉัย และการใช้เทคนิคเดลฟี่ (Delphi technique) ซึ่งการประเมินบริบทจะใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะแวดล้อมของโครงการได้แก่

- 1) เป้าหมายเกี่ยวกับความต้องการร่วมกันและการใช้โอกาส
- 2) การลำดับความสำคัญก่อนหลังของการจัดสรรเวลาและทรัพยากร
- 3) จุดประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- 4) การกำหนดมาตรฐานในการตัดสินใจผลลัพธ์

2. การประเมินข้อมูลป้อนเข้า (Input evaluation: I) เป็นการตรวจสอบความพร้อม ความเหมาะสม และความพอเพียงของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นทางเลือกที่มีโอกาสทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้มากที่สุด ข้อมูลที่ได้นำไปประกอบการตัดสินใจว่าจะใช้ทรัพยากรให้ตรงกับเป้าหมายของโครงการฝึกอบรมได้ดีที่สุดอย่างไร ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้ามีจุดประสงค์ เพื่อกำหนดและประเมินศักยภาพของระบบ แผนการของโครงการ การวางรูปแบบขั้นตอนกระบวนการ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตาม กลยุทธ์ งบประมาณ และตารางเวลาที่กำหนดไว้ สำหรับวิธีการประเมินข้อมูลป้อนเข้า คือ การจัดทำรายการ และวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล และ

สิ่งของ แผนการแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบกระบวนการ ตามหลักความสัมพันธ์ การปฏิบัติใช้จริง ทฤษฎี และเศรษฐศาสตร์ ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้าจะนำมาใช้เพื่อเลือกแหล่งสนับสนุน กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบกระบวนการ กล่าวคือ เพื่อจัดโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ จัดสรรงบประมาณ และเวลาของการทำกิจกรรมในโครงการ และเป็นพื้นฐานให้กับการตัดสินใจเรื่องการบริหารอุปสรรค

3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation: P) เป็นการประเมิน เพื่อตรวจสอบว่าโครงการได้ดำเนินไปตามกระบวนการที่กำหนดไว้ได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการในช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้หลังจากการสิ้นสุดโครงการแล้ว มีบทบาทในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการฝึกอบรมโดยตรง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ไปยังผู้ดำเนินการฝึกอบรม และหากพบว่ามีปัญหาอุปสรรคจะได้ปรับปรุงแก้ไขได้ ซึ่งการประเมินกระบวนการมีจุดประสงค์ ดังนี้

- 1) เพื่อระบุและทำนายข้อผิดพลาดในการจัดรูปแบบกระบวนการ และการบริหารอุปสรรค
- 2) จัดหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติการ
- 3) เก็บบันทึกและตัดสินใจกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ

โดยมีวิธีการประเมินกระบวนการ มีดังนี้

- 1) ควบคุมอุปสรรคสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติและเฝ้าระวังอุปสรรคที่ไม่ได้คาดไว้
- 2) รับรู้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการตัดสินใจของโครงการ
- 3) อธิบายขั้นตอนกระบวนการที่เกิดขึ้นจริง
- 4) ดำเนินการเรื่องการปฏิสัมพันธ์และการสังเกตการณ์การปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่

โครงการและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ซึ่งการประเมินกระบวนการจะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบและกระบวนการของโครงการ โดยส่งผลต่อการควบคุมและเก็บบันทึกข้อมูลของขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้ตีความเป็นผลสรุปต่อไป

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งพิจารณาในประเด็นของการขยาย เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผน / โครงการเท่าที่ควร การประเมินลักษณะนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้น โดยเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด เป็นการวัดและแปลความหมายเกี่ยวกับการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ ดังนั้นการประเมินผลผลิตจึงมีจุดประสงค์ เพื่อรวบรวมคำอธิบายและคำ

ตัวอย่างการจำแนกประเภทตัวชี้วัดวัดตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน เช่น

ตัวชี้วัดบริบท (Context) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้

- 1) สภาพแวดล้อมของ ก่อนมีโครงการพบว่าเป็นปัญหา
- 2) ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้น และอนาคต
- 3) ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

ตัวชี้วัดข้อมูลนำเข้า (Input) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้

- 1) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์โครงการ
- 2) ความพร้อมของทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ เวลา กฎระเบียบ
- 3) ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรม

ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้

- 1) การตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ
- 2) ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่
- 3) การมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
- 4) ภาวะผู้นำในโครงการ

ตัวชี้วัดผลผลิต (Product) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- 1) อัตราการมีงานทำของประชาชนที่ยากจน
- 2) รายได้ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
- 3) ความพึงพอใจของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- 1) คุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) การไม่อพยพย้ายถิ่น
- 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

ตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ผลกระทบทางบวก / เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ
- 2) ผลกระทบทางลบ / เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการ

ด้วยรูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) เน้นการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อ
 สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ซึ่งสามารถสรุปและแบ่งประเภทของการตัดสินใจออกเป็น 4
 ประเภท ดังภาพประกอบ 11 (Stuffle bleam & Others, 1971: 62)

สารสนเทศ

สูง	ตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพียงบางสิ่ง (Homeostasis) แต่ยังรักษาภาพเดิมๆไว้ได้ เพียงแต่เปลี่ยนเพื่อยกระดับคุณภาพ	ตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่าง สิ้นเชิง (Metamorphosis) ต้องได้รับข้อมูล มากพอที่จะมั่นใจเปลี่ยนโครงสร้างทั้ง ระบบ แต่เกิดขึ้นค่อนข้างยาก
ต่ำ	ตัดสินใจเพื่อปรับปรุงและพัฒนา (Incrementalism) มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาแต่ มีข้อมูลน้อย อาจอาศัยข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ เพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจ	ตัดสินใจเพื่อเหตุผลและโอกาสของการ เปลี่ยนแปลง (Neomobolism) โดยอาศัย แนวคิดใหม่มาทดลองใช้ก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูง
น้อย	ระดับการเปลี่ยนแปลง	
		มาก

ภาพประกอบ 11 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP

5. แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด 3 Self เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้น สำหรับใช้
 ในการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยเน้นให้ประชาชน
 ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรมใหม่ 3 ด้านหรือ 3 Self ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรม
 สุขภาพที่ดีและยั่งยืน ซึ่งมาจาก 3 แนวคิดย่อยๆดังนี้

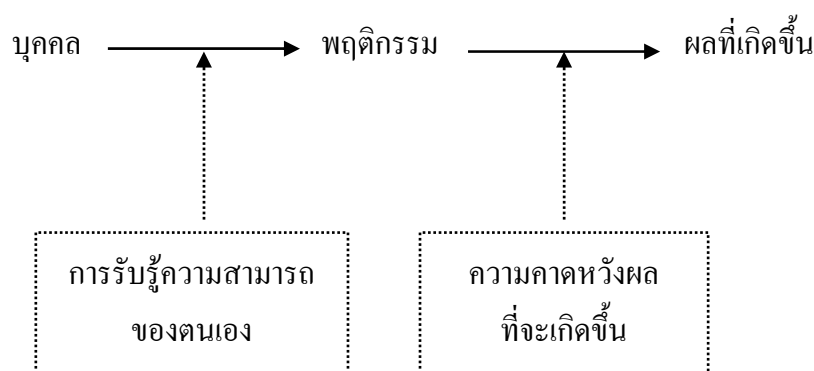
5.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549: 47-60)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นหนึ่งในแนวคิด 3 ประการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม
 ปัญหาของเบนคูรา ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) แนวคิด
 ของการควบคุมตน (Self-control) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระยะแรกเบนคูรา
 เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็น
 ความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัว
 กำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมา เบนคูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง
 (Percieved self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่

เบนคูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน เบนคูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาหัส ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น เบนคูราได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ตามภาพประกอบ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น นักกีฬาที่มีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่จะเกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 13

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

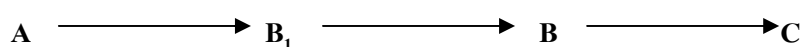
ภาพประกอบ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

เบนคูราได้เสนอแนะแหล่งของการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 59-60)

1. **ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences)** ซึ่งเบนคูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. **การใช้ตัวแบบ (Modeling)** การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

การใช้ตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งแนวทางในการใช้ตัวแบบนี้ จะพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้เอง จะส่งผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม ลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบแสดงดังภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ

- โดยที่
- A - การเสนอตัวแบบ
 - B₁ - ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ
 - B - พฤติกรรมที่แสดงออก
 - C - ผลกรรม

จากภาพประกอบ 14 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการเสนอตัวแบบนี้จะต้องมีการเสนอแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากจะทำตาม (B₁) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งที่มาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก

แบนดูราได้กล่าวว่า ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ

1) ช่วยให้ผู้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2) มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับ

3) ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง เบนคูรา ได้กล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประมวลงานวิจัยพบว่าม้งานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยขอแนะนำเสนอแยกตามแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธี ตามแนวคิดของเบนคูรา ดังต่อไปนี้

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลพนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลพนบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง

สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริมดี รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมน้ำหนัก โภชนาการและการออกกำลังกาย 2) ฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิค และ 3) ฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมน้ำหนัก เช่น การรู้จักชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อฝึกประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย 4) การให้นักเรียนตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง 5) การใช้ผลของการลดน้ำหนักที่ผ่านมาเป็นข้อมูลย้อนกลับและนำเสนอสิ่งใหม่ๆ ที่ท้าทายให้เด็กลองปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวสรุปไว้ว่า วิธีการนี้อาจทำให้เครียดเนื่องจากการบ้านมากเกินไป อาจไม่เหมาะสมกับเด็ก จึงไม่ได้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าในโปรแกรมต่อไปควรจะเพิ่มความสนุกสนานให้มากขึ้น

ในต่างประเทศมีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจเกี่ยวกับวิธีการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้างรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ฮอลด์คอมและคณะ (Holcomb et al, 1998: 282-8) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กชนพื้นเมือง Webb County ในรัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนเกรด 5 ใน 14 โรงเรียน (อายุ 10-12 ปี) จำนวน

แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลัง 45 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ และ 2) กิจกรรม “Diabetes Kids” ให้นักเรียนออกอากาศเรื่องเกี่ยวกับเบาหวานทางวิทยุ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการสำหรับนักเรียน สัปดาห์ละ 45 นาที โดยมีทั้งรูปแบบที่เรียนในชั้นเรียน ฝึกทำอาหารอย่างง่าย และพาไปศึกษาดูงานที่ซูเปอร์มาร์เก็ต และ 2) กิจกรรมทางกายหลังเลิกเรียนวันละ 45 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการเลือกซื้ออาหารและความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองดีขึ้น แต่ไม่

การใช้ตัวแบบ

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิศย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับจากการใช้ตัวแบบ คือ 1) การใช้ตัวแบบจากนักเรียนในกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีจนน้ำหนักลดเพื่อมาเล่าถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้เพื่อนฟัง 2) การสาธิตการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคประกอบเพลง แล้วให้นักเรียนทำตาม โดยผู้สาธิตแก้ไขข้อบกพร่องให้ถูกต้อง โดยเครื่องมือที่ใช้คือ ภาพโปสเตอร์การออกกำลังกาย และผู้สาธิต ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในต่างประเทศ แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการใช้ตัวแบบ คือ การเปิดโอกาสให้นักเรียนเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกัน เช่น กิจกรรม “video cooking club” ให้นักเรียนสาธิตวิธีการเตรียมอาหารว่างเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้คำพูดชักจูง

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งาน

สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการให้คำพูดชักจูง คือ 1) การให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อเด็กทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การเปิดโอกาสให้เด็กปรึกษาได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ และ 3) การโทรศัพท์ติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน

ในต่างประเทศ แซคสวิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อเพิ่มการสนับสนุนหรือการให้การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังของนักเรียน โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกายแก่ผู้ปกครอง เช่น วิธีการทำอาหารว่างเพื่อสุขภาพ การส่งจดหมายข่าวไปให้ผู้ปกครองเป็นระยะ การออกบ้านให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษาสำรวจเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวอัฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรม โดยการให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการ และกิจกรรมทางกายแก่ผู้ปกครอง และ 2) การให้การสนับสนุนและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น

การกระตุ้นทางอารมณ์

งานวิจัยที่ใช้การกระตุ้นทางอารมณ์ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสำหรับโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบไม่มากนัก เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยใช้วิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ คือ การสอบถามถึงอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ผลการปฏิบัติตัวไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และหาวิธีการแก้ไขที่เด็กยอมรับได้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน

5.2 การกำกับตนเอง (Self-regulation) (กนิษฐา จันทรฉาย, 2549)

ความหมายของการกำกับตนเอง

ชุงค์ (Schunk, 1991: 348) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ

สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen and Postlethwait, 1994: 5400) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่ความมุ่งหมายของแต่ละคนอย่างยืดหยุ่นด้วยตัวของตัวเอง

ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk and Zimmerman, 1997: 195-208) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่ การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด

ซินะพัฒน์ ชื่นแด่ม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึงการใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้าน แรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในสังเกต พฤติกรรมและการ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มี สุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen and Postlethwait, 1994: 5400) ได้กล่าวถึงการกำกับตนเองว่ามีแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายถึงการ กำกับตนเองอยู่ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มแนวคิดของลูเรีย (Luria) ไววอตสกี (Vygotsky) และ ลีออนเทียฟ (Leontief) ซึ่ง อธิบายว่า การกำกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการมนุษย์และได้รับอิทธิพลมาจากสังคมและ วัฒนธรรมโดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างคุณลักษณะของตนเอง (Internalization) อิทธิพลดังกล่าวจะผ่าน กลไกทางจิตใจขั้นพื้นฐาน (Basic psychological mechanisms) แล้วเปลี่ยนรูปเป็นระบบสัญลักษณ์ซึ่งจะเป็น ส่วนหนึ่งขององค์ประกอบขั้นสูงของจิตใจต่อไป

2. กลุ่มแนวคิดของ แคนเฟอร์ และคณะ (Kanfer and his associaters) ซึ่งพัฒนารูปแบบเชิง การประมวลสารสนเทศของการกำกับตนเองขึ้นรูปแบบนี้อธิบายว่าการกำกับตนเองมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรง ตนเอง (Self-reinforce)

3. กลุ่มแนวคิดของและคูห์ล (Ach and Kuhl) ซึ่งอธิบายว่าการกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับ ความตั้งใจ (Willpower) และกำลังใจ (Volitional)

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเองทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว แนวคิดของกลุ่มที่เชื่อว่าการกับ ตนเอง ได้รับอิทธิพลจากสังคมเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจอย่างมากมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการกำกับตนเองใน กลุ่มนี้หลายทฤษฎี ได้แก่

ชุงค์ และ ซิมเมอร์แมน (Schunk and Zimmerman, 1997: 195-208) ได้กล่าวถึงกลุ่มที่เชื่อว่าการ กำกับตนเอง ได้รับอิทธิพลมาจากสังคม ได้รับแนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory)
2. ทฤษฎีวัฒนธรรมเชิงสังคม (Sociocultural theory)
3. ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self – determination theory)

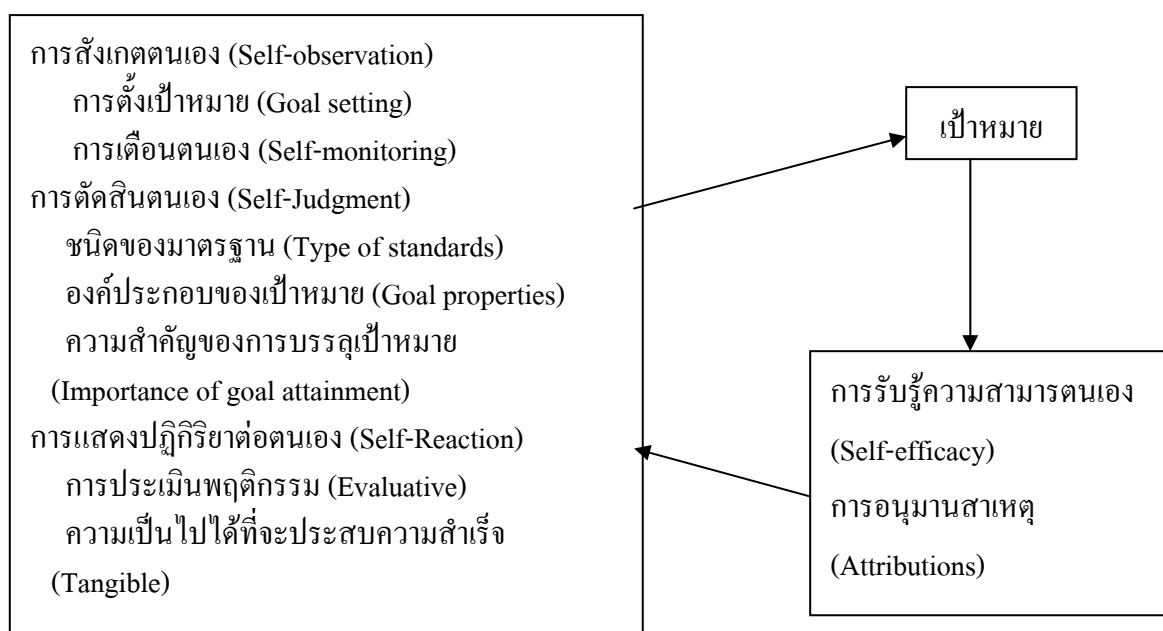
ซึ่งในครั้งนี้อย่างได้สนใจแนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 54) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง กระบวนการดังกล่าวนี้คือการกำกับตนเอง (Self – Regulation)

การกำกับตนเอง (Self – Regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเองและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเองบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (Zimmerman, 1998: 1)

การกำกับตนเอง (Self – Regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อยดังนี้ (Schunk and Zimmerman, 1994: 76-79)

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation)
2. การตัดสินตนเอง (Self-judgment)
3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

ทั้งนี้ กระบวนการกำกับตนเองแสดงไว้ในภาพประกอบ 15 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 15 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76)

จากภาพประกอบ สามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึงความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคลอย่างพินิจพิเคราะห์ (Bandura, 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนโนมนัน, 2542: 54) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1.1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) หมายถึงการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงซึ่งในระยะแรกของการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพบุคคลจะต้องเลือกเป้าหมายซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจนและยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้

คุณสมบัติของเป้าหมาย ควรมีลักษณะดังนี้ (อรอุมา จิรชนิตกุล, 2544: 15)

1) ความเฉพาะเจาะจงเป็นการระบุพฤติกรรมที่ชัดเจนว่า การลดน้ำหนักบุคคลจะตั้งเป้าหมายเฉพาะเจาะจงว่าอาหารมื้อเย็นต้องรับประทานไม่เกิน 500 แคลอรี เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ และง่ายต่อการวัดพฤติกรรม

2) ความใกล้เคียง เป็นเป้าหมายที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่มีความใกล้เคียงจะส่งเสริมความสามารถและแรงจูงใจของตนเองและง่ายต่อการวัดพฤติกรรม ความใกล้เคียงจะมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมโดยเฉพาะกับเด็กเล็กที่สนใจงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

3) ความยาก การตั้งเป้าหมายที่ยากทำให้บุคคลใช้ความพยายามเพื่อกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อประสบผลสำเร็จจะเกิดความพึงพอใจและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ

การตั้งเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง ความใกล้เคียง และความยากด้วยตนเอง ทำให้บุคคลคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายนั้น ถ้าประสบผลสำเร็จจะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ และเรียนรู้ได้ดีที่สุด (Schunk, 1991 อ้างใน อรอุมา จิรชนิตกุล, 2544: 16)

การตั้งเป้าหมาย มี 2 วิธีคือ

1) การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะมีข้อดีคือจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำและเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้

2) การตั้งเป้าหมายโดยบุคคลอื่น หมายถึง การที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยบุคคลอื่นจะมีข้อดีตรงที่ว่าอาจจะช่วยแก้ไขให้

1.2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

Cormier (1979 อ้างใน จิตพัฒนา สงบกาย, 2533: 10) ได้เสนอขั้นตอนในการเตือนตนเองให้มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

- 1) จำแนกเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะต้องสังเกตพฤติกรรมอะไร
- 2) กำหนดเวลาที่จะสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
- 3) กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกพฤติกรรม
- 4) ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง
- 5) แสดงผลการบันทึกพฤติกรรมตนเองเป็นกราฟ หรือแผนภาพ
- 6) วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกเพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับและเพื่อพิจารณาผลการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบนคูร์่า เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกดังนี้

1) เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง (Bandura, 1986)

2) การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมี ความสนใจสังเกตมากขึ้น แต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะได้หาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg and Barlow, 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

3) ระดับของแรงจูงใจการที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนก็จะมี การตั้งเป้าหมายและพยายามสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนมากกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจต่ำ (Nelson, 1997 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

4) คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีความสำคัญต่อตนเองเขาก็จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer, 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

5) ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้ว ได้รับความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขากระทำแล้ว มักล้มเหลว (Kisichenbaum and Karoly, 1977 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

6) ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่สามารถควบคุมได้ (Johnson and White, 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

2. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment)

เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ การตัดสินตนเอง (Self – judgment) ขึ้นกับชนิดของมาตรฐาน (Type of standards) องค์กรประกอบของเป้าหมาย (Goal properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (Importance of goal attainment)

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะนำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระบุอย่างชัดเจนมีแนวทางในการกระทำอย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ หลังจากที่บุคคลนำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไปดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งด้วยตัวแบบและความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมาใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรชนิตกุล, 2544: 18)

แบนดูรา เสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการตัดสินหรือประเมินพฤติกรรมตนเองนั้นควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะดังนี้ (Bandura, 1997a, 1986, 1988 อ้างใน จิตพัฒนา สงบกาย, 2533)

1) ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือทำไร

2) ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น

3) ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะทำการบ้านวิชาคณิตศาสตร์ให้เสร็จ” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ซอง”

4) ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ได้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะมีคามพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

5) ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพื่อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ตั้งขึ้นนั้นต้องสามารถปฏิบัติได้

เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจนบุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่ง แบนคูรา (1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 59-62) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคม (Social referential comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมีการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่นด้วย เพื่อจะได้ทราบว่ากระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการกระทำของตนเองให้ดีขึ้นในการประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1) การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้วย

2) การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้อแท้จะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านๆ มา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับครั้งที่ผ่านๆ มา การกระทำระดับนั้นอาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้อแท้ต่อไป

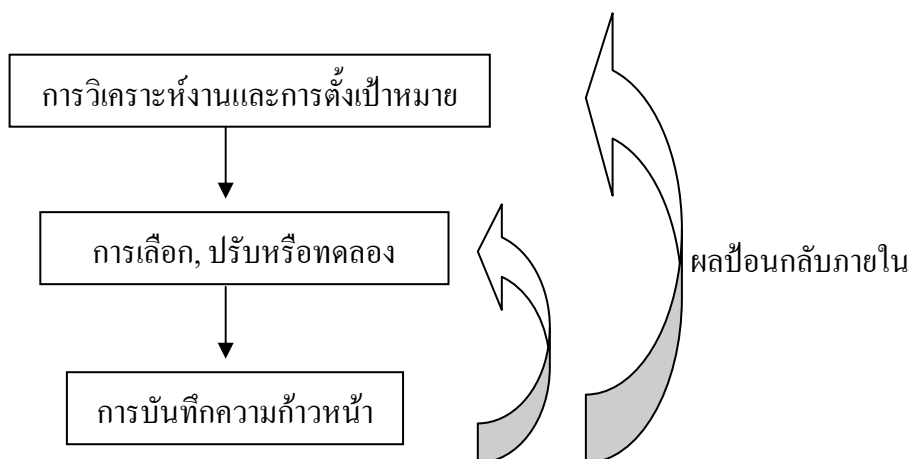
3) การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น

4) การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่ม โดยบุคคลจะเปรียบเทียบว่าผลการกระทำของตนอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม เป็นต้น

2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจคือคุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกิจกรรมที่ตนกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาน้อยหรือไม่มีคุณค่าต่อเขาเลยและบุคคลจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะใช้ความพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

3. การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองขึ้นอยู่กับความรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วระบุสาเหตุว่าเป็นเพราะความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าระบุสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอกเพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมิได้มาจากความสามารถและความพยายาม

ในกระบวนการกำกับตนเองของนักเรียน เมื่อนักเรียนไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับก็อาจมีการปรับปรุงกลวิธีหรือเป้าหมายใหม่ได้ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ซึ่งแสดงดังภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ 16 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย (Bulter, 1998: 163)

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self – reaction)

เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง กระบวนการนี้ทำหน้าที่ 2 ประการคือ

3.1 ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

3.2 ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง

1) สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามรถจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

2) สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงพฤติกรรมต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อตนเองทางลบนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วน การแสดงพฤติกรรมทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอก ลงโทษเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไปและจะ กระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง (Bandura, 1986: 369-372) กล่าวว่ามีปัจจัย ต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเองดังนี้

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะ ได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคง อยู่ได้

2. รางวัลทางสังคม (Social reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลใน สังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคม เหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองเช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่นๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกันคนที่ พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยเป็นตัวแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปรากฏิยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเอง ขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดง ปรากฏิยาทางลบต่อตัวเขาปรากฏิยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งใน อดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่ สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นการลดปรากฏิยาทางลบจากผู้อื่นได้ แทนที่จะถูกคนอื่นเหล่านั้นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมีความไม่พอใจ น้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง

งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการกำกับตนเองพบทั้งภายในและต่างประเทศ โดยในประเทศตัวอย่างงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พนิดา มีต้องปิ่น (2532: ก-ง) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมลด

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น มาโฮนี และคณะ (Mahony et al, 1973: 65-69 อ้างใน เกศแก้ว สอนดี, 2548: 40) ได้ทำการศึกษาผลของการให้รางวัลตนเอง การลงโทษตนเอง และการสังเกตตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยกลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และลงโทษตนเองจะต้องเอาเงินไปมอบให้กับผู้วิจัย และนำเงินนั้นมาให้รางวัลหรือลงโทษตามเงื่อนไขที่ตกลงกันไว้ คือ กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองจะได้เงินจากผู้วิจัยเมื่อเขาสามารถลดน้ำหนักลงได้ ในขณะที่กลุ่มลงโทษตนเองจะต้องเสียเงินค่าปรับให้แก่ผู้วิจัยเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มที่สังเกตตนเองก็สังเกตตนเองเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และกลุ่มที่ลงโทษตนเองสามารถลดน้ำหนักได้เท่าๆ กัน และลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่สังเกตตนเอง และจากการติดตามผล 4 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่ลงโทษตนเอง

5.3 การดูแลตัวเอง (Self-care)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง que เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิด ความเสื่อม หรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจากความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem, 1985: 135) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมี จิตจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คนชรา คนเจ็บป่วย และคน พิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ การพัฒนาบุคลิกภาพศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่างๆ และยังสามารถ ควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้

แนวคิดและทัศนะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึง หมายถึง เอาใจใส่ในตัวคนนั่นเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของ มโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, 1990 อ้าง ในอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ

มีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้

เลวิน (Levine Cited Hill & Smith, 1985: 8 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 28) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขึ้นต้นด้วยตนเอง

สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985: 12 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 28) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

นูริส (Noris อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 29) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพ อนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 22-23 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 29) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมี ประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำใน วิธีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความปลอดภัยที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

แนวคิดการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไปนอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ยังรวมถึงการดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วย การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกรักษา และการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2544 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 29) และในปี ค.ศ.1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจากสาขาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ 1) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ 2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก 3) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง (Efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ 4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (Gantz, 1990 อ้างใน อรสา พันธรัถกิติ, 2542) ความหมายการดูแลตนเอง สามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมาย

ในสาขาวิชาชีพแพทย์ ให้ความหมายการดูแลตนเองในรูปแบบที่เป็นการกระทำ เลวิน (Levin, 1976 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550) แพทย์ที่ถูกยอมรับว่าเป็น บิดาของการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรคและการรักษาในระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ และ (Levin, Katz & Holst, 1979 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550) ได้ขยายความหมายของการดูแลตนเองเพิ่มเติมว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินใจความรุนแรง และการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือกในการรักษา

ในสายทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self-care requisite) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่าง

แนวคิดการดูแลตนเอง ในสาขาจิตวิทยา ให้ความสำคัญในลักษณะที่การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัทมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) บารอฟสกี (Barofsky, 1978 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ให้ความสำคัญการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแลตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3) การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับควบคุมให้กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติ

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสุขศึกษา (Health education) มุ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อช่วยให้บุคคลได้เลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอนสุขศึกษาเป็นการรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ มาส่งเสริมให้บุคคลสมัครใจทำพฤติกรรมที่นำไปสู่สุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น หมายถึง กิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย และมีความต้องการที่จะฟื้นหายดีขึ้น การดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นด้วย

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง ดีฟรายส์ (Defries, 1990 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ

คีน (Dean, 1989 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก คิคบูช (Kickbusch, 1989 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเอง ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยาด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง

การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ คือการดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ สมิท (Smith, 1983 อ้างใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2550) ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ โดยเสนอ “Smith’s model of health” ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. รูปแบบทางการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำนาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ

4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic model) คำว่า Eudemonistic หมายถึง ความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่า การที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่ง และเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดี

โดยสรุปแล้ว การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

สถานการณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

ที่ผ่านมาภาครัฐมองการดูแลตนเองเป็นในด้านการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน โดยจากการสำรวจมีการเปลี่ยนแปลงไป ในภาพรวมทั้งประเทศประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้นจากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ. 2539 และชื่อยากินเองน้อยลงจากร้อยละ 51.54 ใน พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2539 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนหันมาชื่อยากินเองมากขึ้นจากร้อยละ 17.1 ในพ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 20.2 และ 24.2 ใน พ.ศ. 2542 และ 2544 ตามลำดับ แต่ในภาวะปัจจุบัน ประชาชนเริ่มเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ ดังนั้น แนวการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมคือดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพจึงเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกัน โรคมากกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

ภาวินี โภคสินจำรูญ (2540) มีความสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเอซิส เป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จำนวน 93 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1)ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6114$) 2)ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r=.3044$) 3) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเช่นกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะแนว และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ

อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ($p < 0.001$) 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน 2.1 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว 2.2 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3) เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐานดังนี้ 3.1) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส 3.2) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง กลุ่มสมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

ขวัญใจ ตันดิวัฒน์เสถียร (2535) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบสำรวจความเครียดของ HOS ดอบแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการ

ในท้ายที่สุดนี้การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคทางพฤติกรรมต่างๆที่จะคุกคามประชาชนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งให้สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ควรใส่ใจและดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก

PROMISE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด PROMISE เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้นสำหรับการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยเน้นให้หัวหน้าโครงการและคณะทำงานในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้กับผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถเกิดพฤติกรรม 3 Self ซึ่งประกอบด้วย 6 แนวคิดย่อยๆ ดังนี้

6.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

การเสริมแรงทางบวกเป็นแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning Theory) ซึ่งการเสริมแรงพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Burrhus F. Skinner ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภทคือ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง(Reinforcer) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำอยู่มีอัตราการทำเพิ่มมากขึ้นและ ผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก(Positive reinforcer)

ความหมายการเสริมแรงทางบวก

การเสริมแรงทางบวกคือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น เรียกว่า ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcer) ลักษณะของตัวเสริมแรงมี 2 ชนิดคือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเองในการตอบสนองความต้องการทางชีวภาพหรือมีผลต่อผู้ได้รับโดยตรงเช่น อาหาร ความเย็น เป็นต้น
2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น เงิน รางวัล คำชมเชย เป็นต้น

หลักการทั่วไปในการใช้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมแรงทางบวกนั้น สามารถใช้ได้กับพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนาหรือพฤติกรรมพึงประสงค์ เพียงแต่ผู้นำไปใช้จะต้องสามารถเลือกตัวเสริมแรงได้อย่างเหมาะสมและมีหลักการนำไปใช้ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 และ ประทีป จินฉัตร, 2540)

1. การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง
2. การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร
3. การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือควรให้การเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งทีพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การให้การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก
4. ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือ ควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง
5. ตัวเสริมแรงนั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ บางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา
6. ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ นั้นในเวลาต่อมาก็ได้
7. ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น
8. ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง

9. ควรมีการวางแผนการใช้ตารางเสริมแรง หรือยึดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยึดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

ข้อควรคำนึงถึงและการเลือกใช้ตัวเสริมแรงประเภทต่างๆ

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของหรืออาหาร เช่น ขนม เครื่องเขียน ของรางวัล เป็นต้น การใช้อาหารหรือสิ่งเสฟได้จะเกิดปัญหาการหมดสภาพได้ถ้าให้มากเกินไปหรือช่วงเวลาไม่เหมาะสมเช่น ไม่สามารถให้ได้ทันที ครอบคลุมกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ เป็นต้น วิธีการให้เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดทันที นำไปใช้กับทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในหลายพฤติกรรมซึ่งสิ่งของหรืออาหารเท่านั้นที่นำมาใช้เป็นตัวเสริมแรงทางบวกควรมีให้เลือกหลากหลายชนิด

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม เช่น ชมเชย ยิ้ม จับมือ สบตา เป็นต้น อาจแสดงออกด้วยคำพูดหรือท่าทางต่างๆ หลักการคือต้องชมต่อหน้าทันที ต้องบอกว่าชมพฤติกรรมอะไรที่ดี และความรู้สึกที่คุณมีต่อผู้แสดงพฤติกรรม หลังจากพูดให้หยุดชั่วขณะใช้การแสดงความชื่นชมทางสีหน้า กระตุ้นให้เพิ่มความถี่พฤติกรรม

3. ตัวเสริมแรงเป็นกิจกรรมที่บุคคลชอบทำมากที่สุดหรือกิจกรรมที่บุคคลทำบ่อยที่สุดมาเสริมแรงกิจกรรมที่บุคคลทำน้อยที่สุด แต่ข้อพึงระวังคือ ไม่สามารถให้ได้ทันทีในขณะที่เกิดพฤติกรรมและการให้ตัวเสริมแรงทางบวกประเภทนี้ต้องให้หรือไม่ให้กิจกรรมเท่านั้น และควรมีกิจกรรมให้เลือกหลากหลาย

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร เช่น การใช้เงิน ดาว แด้มสะสม คะแนน เป็นต้น โดยสามารถนำไปแลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี้ยอรรถกรเป็นตัวเสริมแรงทางบวกที่มีประสิทธิภาพสูงมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถใช้งานได้ง่ายและไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ แต่เมื่อยุติการใช้อย่างทันทีทันใดจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นกลับสู่สภาพเดิมทันที

5. ตัวเสริมแรงที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ เช่น ผลการตรวจสุขภาพ ประกาศคะแนนสอบ เป็นต้น ควรให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นพฤติกรรมทางบวกมีความชัดเจนถูกต้องของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกปรับพฤติกรรมเชื่อถือ ควรอธิบายให้บุคคลเห็นความสำคัญของข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง และกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการปรับปรุง อาจใช้คู่กับตัวเสริมแรงอื่นๆ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงทางสังคมหรือเบี้ยอรรถกรจะทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่นำการเสริมแรงทางบวกไปใช้

โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์ (2538) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น แซนซ์ (Sanz, 1993) ได้ศึกษาการใช้การเสริมแรงทางสังคมกับเด็กที่มีอาการดาวน์ซินโดรม จำนวน 18 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเสริมแรงทางกายและวาจาจะมีทักษะการช่วยตัวเอง ทักษะทางสังคม และทักษะทางภาษาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การเสริมแรงทางวาจาอย่างเดียว ซึ่ง ฮาร์ท และคณะ (Hart and other, 1968) ได้ศึกษาวิธีการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม ผู้รับการทดลองเป็นเด็กหญิงอายุ 5 ปี ซึ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ปากร้ายและใช้คำพูดสบประมาท (Verbally insulting) ผู้วิจัยแก้ไขให้เขามีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้น โดยครูให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วยเมื่อเขาเล่นร่วมกับเพื่อน ในขณะที่เดียวกันครูไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมการเล่นกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้น และ เบร์เน็ตและคณะ (Bernet et al, 2002: 791) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน

6.2 การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกิจกรรมสำคัญของแผนการปรับเปลี่ยนบทบาท การกิจและวิธีการบริหารงานของภาครัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา 3/1 ซึ่งคำนึงถึงประชาชนและผลสัมฤทธิ์ของงาน เพื่อให้การทำงานของหน่วยงานหรือโครงการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานมากกว่าเน้นปัจจัยนำเข้า กระบวนการทำงานและกฎระเบียบที่เคร่งครัด โดยจะมีการวัดผลอย่างเป็นรูปธรรม การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้ความสำคัญกับการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน และการกำหนดผลผลิต ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจนในการวัดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความรับผิดชอบต่อประชาชน การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กร ช่วยให้การบริหารการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มีทิศทางในการปฏิบัติงาน มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ทำให้ทราบผลการปฏิบัติงานเมื่อเทียบกับแผนหรือเป้าหมาย สามารถรายงานความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและทำให้แก้ปัญหาได้ทัน่วงที

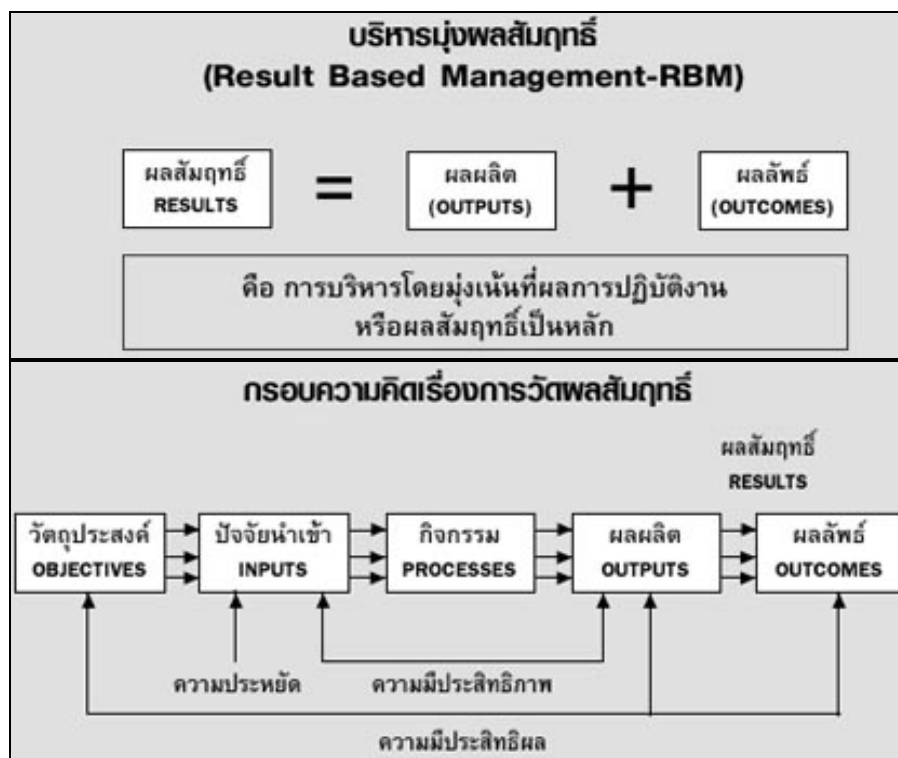
ความเป็นมาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

จากแนวคิดของการบริหารจัดการแนวใหม่ (New management) ที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญต่อ

1. ความประหยัด (Economy) ใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรการผลิตอย่างเหมาะสม และมีความคุ้มค่าที่สุด
2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้ได้ผลงานในระดับที่สูงกว่าปัจจัยนำเข้า
3. ประสิทธิผล (Effectiveness) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ความหมาย

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์(Result Based Management) คือ วิธีการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์หรือผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยมีการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้บริหารทราบผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทัน่วงทีเป็นการควบคุมทิศทาง การดำเนินงานให้มุ่งสู่วิสัยทัศน์ฯ ของหน่วยงาน



ภาพประกอบ 17 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน

จากภาพประกอบ ผลการปฏิบัติงาน ที่วัดจาก ผลผลิต (Outputs) นั้นหมายถึง งาน บริการ หรือ กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ทำเสร็จสมบูรณ์พร้อมส่งมอบให้ประชาชนผู้รับบริการ ผลผลิตเป็นผลงานที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมโดยตรง

ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา ผลกระทบ หรือเงื่อนไขที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้รับบริการ และสาธารณชน

ดังนั้น ผลสัมฤทธิ์ คือ งาน บริการ หรือกิจกรรมที่เกิดจากการทำงานได้ผลผลิต (Outputs) ตามเป้าหมาย และเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ตรงตามวัตถุประสงค์ กล่าวคือ ผลผลิตสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงหรือเป็นที่พึงพอใจ เช่น ปลูกบ้านได้ 1 หลัง (Outputs) บ้านหลังดังกล่าวน่าอยู่ มีอากาศถ่ายเท ได้สะดวก (Outcomes) หรือ การซ่อมถนนได้ 5 กิโลเมตร เป็น ผลผลิต (Outputs) ถนนสายนั้นทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกในการเดินทางจากการซ่อมแซม เป็น ผลลัพธ์ (Outcomes)

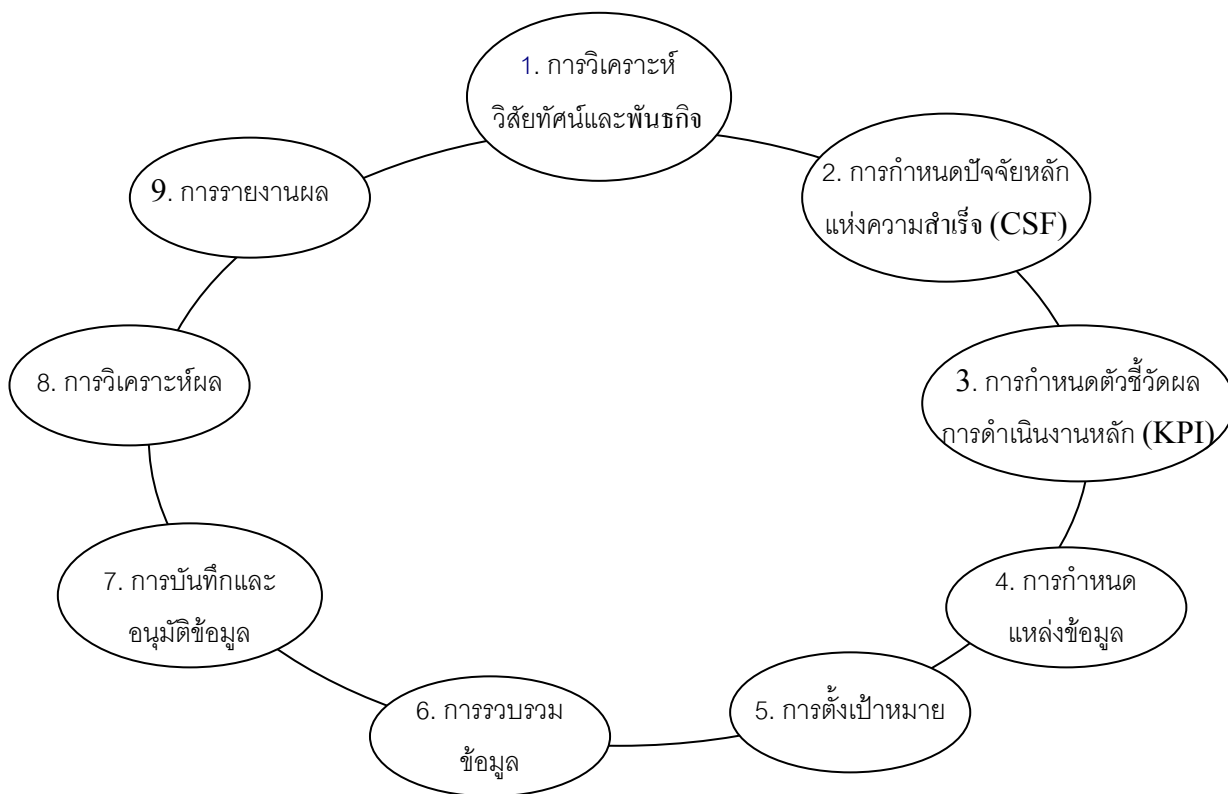
ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

1. เกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการของการบริหาร (PDCA) ได้แก่ Plan มีวัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมาย ที่ชัดเจน (ต้องการทราบว่าผลสัมฤทธิ์คืออะไร), Do มีการปฏิบัติงานที่มุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วาง

2. เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารเชิงกลยุทธ์

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ องค์กรใช้วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ซึ่งอยู่ในแผนกลยุทธ์ขององค์กรเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) ของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นเครื่องมือช่วยประเมินความสำเร็จของการดำเนินการตามกลยุทธ์ องค์กรที่มีการบริหารเชิงกลยุทธ์สามารถใช้ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ(CSF) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) ของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกรอบวัดผลการปฏิบัติงานขององค์กรเทียบกับเป้าหมาย เพื่อให้รู้ถึงความก้าวหน้าของการบรรลุวิสัยทัศน์ หากผลงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้บริหารองค์กรควรปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้เหมาะสม

ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 18 ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators – KPIs)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) แสดงถึง ค่าที่วัดจากผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแสดงความคืบหน้าของการบรรลุผลตามปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และถือเป็นเครื่องวัดผลงานที่ต้องสัมพันธ์กับ CSF และจะต้องวัดได้ในเชิงตัวเลข วัดถูประสงค์ของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือสามารถวัดผลการปฏิบัติงานหลักตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถแสดงแนวโน้มของข้อมูลสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงงาน

นอกจากนี้ เกณฑ์การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) ตามหลัก SMART ประกอบด้วย

1. Specific - มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ชัดเจน
2. Measurable - สามารถวัดได้
3. Achievable - สามารถบรรลุ หรือ สำเร็จได้
4. Realistic - สอดคล้องกับความเป็นจริง
5. Timely - วัดได้ตามเวลาที่กำหนด

เกณฑ์มาตรฐานของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือ

1. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด แบ่งเป็น

1.1 ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน เป็นการวัดความคุ้มค่าจากการลงทุน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ กับจำนวนต้นทุน คิดเป็นค่าร้อยละ สูตรการคำนวณ คือ ผลลัพธ์ ÷ จำนวนต้นทุน × 100

1.2 ประสิทธิภาพ การวัดไม่คำนึงถึงต้นทุน เช่น ร้อยละของความคิดเห็นของผู้บริหารร้อยละของการเรียกร้องของผู้รับบริการ

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) แสดงถึงความสามารถในการผลิตและความคุ้มค่าของการลงทุนมี 2 วิธีวัด

2.1 วัดจากต้นทุน แสดงความคุ้มค่าของการลงทุน เช่น วัดผลผลิต ต่อจำนวนต้นทุน หรือวัดต้นทุนต่อหน่วย อาทิ อัตราค่าใช้จ่ายต่อคนในการผลิตบัณฑิตแพทย์

2.2 วัดจากแรงงาน เช่น วัดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ หรือเวลาที่ใช้ผลิต

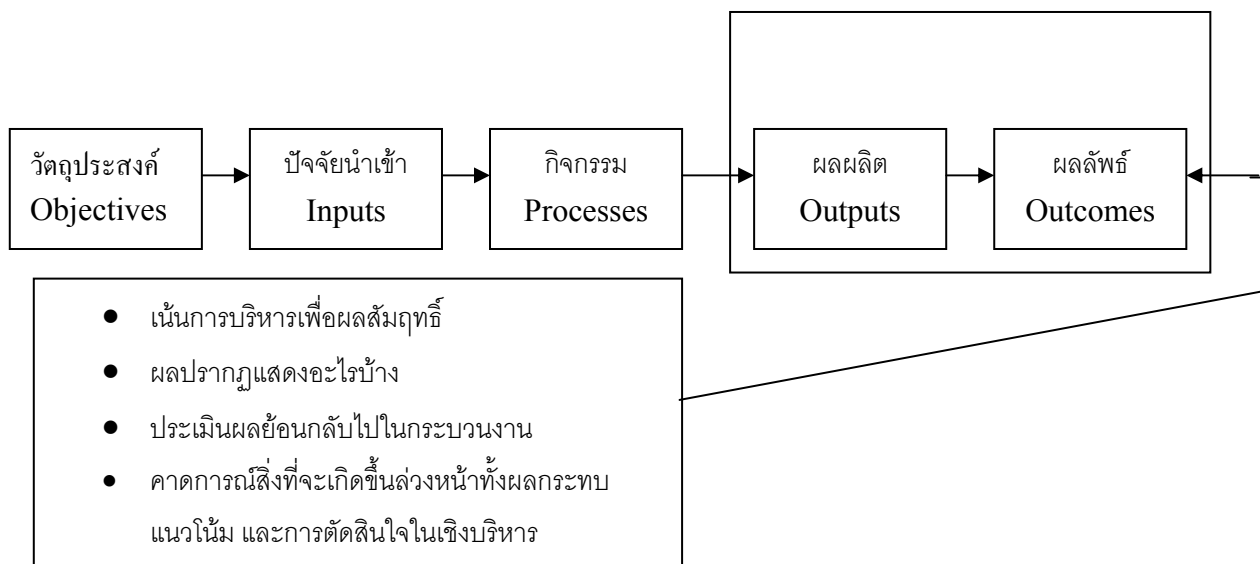
3. ความประหยัด (Economy) เช่น ร้อยละของต้นทุนที่ลดลง

4. คุณภาพ (Quality) วัดความถูกต้อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

5. ความสามารถในการให้บริการได้ตามเวลาที่กำหนด (Timeliness) เช่น ร้อยละของผู้ประกอบการที่ได้รับเอกสารการจดทะเบียนภายในเวลายมาตรฐาน

การวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ผล เป็นการพิจารณาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด แล้วประเมินย้อนกลับเข้าไปในกระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อคาดหมายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวโน้มการตัดสินใจในเชิงบริหาร



ภาพประกอบ 19 สรุปรองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

สรุปได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ หลักสำคัญยิ่งที่ผู้ดำเนินการต้องใช้ตามวงจร PDCA แล้วคือ การกำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการไว้อย่างชัดเจน สามารถวัดได้ และตัวชี้วัดหลักที่สำคัญมีอยู่เพียงไม่กี่ตัวและเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินได้ว่าโครงการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลก็คือ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ที่มักจะวัดที่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นดัง โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ จะใช้ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ผลผลิตวัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ วัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผลการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และผลการเปลี่ยนแปลงของผลเลือดหรือทางเคมีชีวในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

6.3 การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)

ในสภาวะปัจจุบันที่การดำเนินชีวิตหลายต่อหลายอย่างต้องเผชิญกับภาวะความคับข้อง หม่นหมอง สับสน วุ่นวายและบางอย่างรบกวนจิตใจ จนส่งผลอย่างยิ่งต่อกำลังใจในการต่อสู้หรือความกล้าต่อการเผชิญเพื่อฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการของเราให้ลดน้อยถอยลง ผู้ที่ไม่สามารถผ่านพ้นไปได้ต้องจมกับอยู่กับความคิดที่เป็นทุกข์ ไม่สามารถก้าวข้ามปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้จนเกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตโดยไม่สามารถตีค่าเป็นเงินตราได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความคิดให้เป็นความคิดเชิงบวกมากขึ้น ด้วยเพราะ

ความหมายของความคิดเชิงบวก

นิภา แก้วศรีงาม (2548: 76) ให้ความหมายการคิดเชิงบวกว่า เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เกิดจากการที่คนมีรูปแบบรับรู้และการรู้คิด (Perception and cognitive style) ไปในทิศทางที่ดี มองและรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผลด้วยอารมณ์ที่ผ่อนคลาย จึงทำให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม การคิดบวกเป็นการโน้มน้าวจิตใจสำนึกในทางที่ดี (เวรา ไพฟ์เฟอร์, 2548: 27) เป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสภาพการณ์เจตคติที่เป็นบวกนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญของเราที่จะสามารถอยู่ในโลกที่สับสนวุ่นวายนี้ได้อย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข (พรรณี บุญประกอบ, 2549: 1) สอดคล้องกับ เวรา ไพฟ์เฟอร์ (2002: 16-20) เป็นการคาดหวังที่จะได้ผลที่ดีที่สามารถประสบความสำเร็จถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย และรัตน บรณาธรรม (2548: 1) ให้ความหมายว่าการคิดเชิงบวกเป็นศิลปะสำคัญของการดำรงชีวิตให้มีความสุข เป็นอุบายกล่อมใจ ให้ยอมรับสภาพปัญหาที่กำลังปรากฏเพื่อให้มีกำลังใจและความเข้มแข็งในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การคิดเชิงบวก เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เกิดจากการมีรูปแบบการรับรู้ การคิดไปในทางที่ดี เป็นการสร้างเจตคติและแนวโน้มน้าวจิตใจสำนึกที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือ เป็นวิธีการที่ทำให้ยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเข้มแข็งสามารถดำรงชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข

ลักษณะของการคิดเชิงบวก

การคิดเชิงบวกมีลักษณะของการคิดที่ชอบหาทางปรับปรุงแก้ไขเหตุการณ์ของชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งการปรับปรุงต่างๆ ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากการจับผิดหาข้อผิดพลาด หรือตำหนิตติเตียนผู้อื่น ทักษะที่สำคัญของผู้ที่มีนิสัยคิดทางบวกคือ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดของใคร แต่จะคอยหาวิธีการที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไข ในทุกเรื่องที่ต้องคิดต้องทำให้ดีขึ้น (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2544: 69)

ในสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีหลายเหตุปัจจัยผู้ที่มีการคิดเชิงบวกสามารถเลือกมองในทางที่สดใส ซึ่งไม่ได้หมายความว่าหลีกเลี่ยงปัญหา แต่เป็นการคิด การมองอย่างถ้อยถนกว่าอะไรเป็นสิ่งรบกวนหรือให้เกิดปัญหา และอะไรคือสิ่งเหมาะสมที่เราจะทำ ถ้าเรามีความคิดเชิงบวกเราจะเตรียมพร้อมรับมือเหตุการณ์นั้นๆ และคิดที่จะหาทางแก้ปัญหา (Peiffer, Vera, 2002: 16) ซึ่งสอดคล้องกับแคธริน เกรมีย์ (2545: 51) ที่กล่าวว่าความคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดให้เป็นศักยภาพแทนปัญหา หากแต่รู้จักนำเรื่องราวๆ ที่เกิดขึ้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่นเดียวกับมาติน (Martin, English, 1992: 2) ให้มองเน้นหาสิ่งที่ดีในเหตุการณ์ จะสามารถแก้ไขปัญหา และผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่ดีนั้น อย่างไรก็ตามการคิดและการกระทำเชิงบวกไม่ได้เป็น

การคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลสามารถฝึกฝน และพัฒนาได้ ซึ่งการเรียนรู้การคิดเชิงบวกเป็นการเรียนรู้ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ในด้านบวก ซึ่งไม่ได้เป็นการหลอกตัวเอง เป็นเพียงการแปลความหมาย การมองมุมมองใหม่ๆ ที่เป็นการสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ มีคุณค่ามากกว่ามุมมองเดิม อย่างในกรณีของการเกิดเหตุการณ์เดียวกัน พบปัญหาเดียวกัน บุคคลที่คิดเชิงบวก มีมุมมองการคิดที่จะเลือกคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์มีความสุขส่วนบุคคลที่คิดลบ มองโลกในแง่ร้ายก็จะอยู่กับความทุกข์ ความสับสน วิตกกังวล ความคาดหวังต่ำ ไม่พบคำตอบในการแก้ปัญหา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงบวกจึงมีความสำคัญ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนได้

จากการที่เราทราบว่าความคิดเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และพฤติกรรม ถ้าเรามีความคิดเชิงบวก จะส่งผลต่อความรู้สึกดีๆ ความอึดเอนใจ ปลายปลื้มใจ มีความสุข รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามีพลังกำลัง ทำให้พฤติกรรมการแสดงออกไปในทางสร้างสรรค์ในทางที่ดี ตรงกันข้าม ถ้ามีความคิดเชิงลบ ทำให้ความรู้สึกตึงเครียด สับสนวุ่นวาย ไม่สบายใจ ไม่มีความสุข พฤติกรรมของเราก็จะแสดงออกในทางลบ อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จึงสรุปได้ว่า (Martin, English, 1992: 1-4; เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545: 76)

1. ความคิดเหมือนมีตัวตน ถึงแม้จะจับต้องไม่ได้แต่มีพลัง มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความคิดได้
2. เราสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามความคิด เราเป็นอย่างที่เราคิด
3. ความคิดเป็นจุดเริ่มต้นของการกระทำ และการแสดงออก
4. สมอจะมีความคิดอยู่เสมอ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่ทางบวกก็คิดด้านลบ
5. ความคิดของคนเรานั้นเปรียบเหมือนแท่งแม่เหล็กที่เคลื่อนที่เพื่อนำพาชีวิตให้ไปหาสิ่งที่เราคิดอยู่เสมอ และดึงดูดสิ่งที่ความคิดคล้ายกับเราให้เข้ามาหาเรา
6. ความคิด นำสู่การกระทำ นำสู่นิสัย และทำให้เกิดชะตาชีวิตที่ดีหรือไม่ดีได้

จึงเป็นได้ว่าการคิดมีอิทธิพลและเป็นตัวนำพาชีวิตของเราให้พบกับความสำเร็จหรือความสมหวัง ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะเลือกที่จะคิดอย่างไร เลือกคิดในเชิงบวก ทำให้ตนเองสบายใจ มีความสุข ทำให้บุคคลรอบข้างเรามีความสุขด้วย มีความคิดสร้างสรรค์ มีพลัง มีกำลังใจ จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างไม่ย่อท้อซึ่งทำให้บุคคลสามารถก้าวออกจากวังวนของมุมมองเดิมๆ ปัญหาเดิมๆ สู่มุมมองใหม่ และวิธีการแก้ปัญหาใหม่ๆ อย่างสร้างสรรค์

ความสำคัญของการคิดเชิงบวก

โดยปกติแล้วความคิดเชิงลบจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า เพราะธรรมชาติของคนเรานั้นพร้อมจะมองเห็นความบกพร่องมากกว่ามองเห็นข้อดี ในขณะที่ความคิดเชิงบวก ต้องอาศัยมุมมองและการคิดที่ลึกกว่านั้น ไม่ใช่การคิดขึ้นเดียวจากการเห็นแล้วสรุปความเลยว่าสิ่งนั้นไม่ดี แต่ต้อง มาจากมุมมองที่เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น (โดยเฉพาะเรื่องไม่ดี) ย่อมมีประโยชน์หรือความดีแฝงอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้น การมองโลกเชิงบวก (Positive thinking) จึงหมายถึงการมองสิ่งต่างๆ อย่างเข้าใจ ยอมรับได้ในด้านลบ มองปัญหา ความทุกข์ ความไม่ราบรื่นเป็นเรื่องธรรมดา หากรู้จักเลือกใช้ประโยชน์จากด้านบวกที่แฝงอยู่จากสิ่งนั้นๆ ได้ เหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะให้เกิดหรือไม่ให้เกิด แต่เมื่อเกิดขึ้นไปแล้ว เราเลือกได้ว่าจะมองและรู้สึกได้อย่างไร

การคิดเชิงบวกเป็นพื้นฐานสำคัญในการต่อ ยอดอีกสองข้อที่เหลือนั่นคือการสู้ไม่ถอยและความคิดสร้างสรรค์ เมื่อคิดเชิงบวกทำให้มีแรงจูงใจในการคิดและทำเพื่อแก้ปัญหา เป็นการสู้ ไม่ใช่ถอยหนี การคิดเชิงบวกทำให้คนรู้สึกสบายไม่ตึงเครียด ซึ่งนั่นเป็นภาวะที่เหมาะสมสำหรับการคิดสิ่งใหม่ๆ เป็นภาวะที่บางคนเชื่อว่าทำให้สติปัญญาเฉียบแหลมขึ้น ลองนึกถึงเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งก็เหมือนกล่องความคิดเรา ตอนที่เห็นตามจริงนั้นสภาพกล่องความคิดก็ดำเนินการไปตามระเบียบ พอเราคิดบวกคลื่นความคิดจิตใจก็กระเพื่อมไปในแนวสบายๆ แต่พอคิดลบกระแสน้ำความคิดก็เริ่มตีกัน วุ่นวาย คิดซ้ำที่ขวาทิ หรือบางทีหลายๆเรื่องพร้อมๆ กัน ยิ่งคิดยิ่งโมโห ยิ่งขุดข้อมูลเก่าบ้าง เติมแต่งใหม่บ้างยุ่งกันใหญ่

สรุปได้ว่า ถ้าหากคนที่มีทัศนคติเชิงบวกนั้นอยู่ใกล้ๆ กับใคร เขาจะให้พลังแก่คนที่อยู่รอบข้าง และช่วยดึงศักยภาพของคนเหล่านั้นออกมา แล้วยังเพิ่มความตระหนักในโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีก ในทางตรงกันข้าม เมื่อเราอยู่ใกล้ๆ คนที่มองโลกในแง่ร้าย ก็จะทำให้เรารู้สึกหดหู่และหมดความหวัง และความเชื่อมั่นลงได้ คนที่มองโลกในแง่บวกนั้นเปรียบเสมือนคนที่ส่องสว่างมาที่ปลายอุโมงค์ เขาจะเปิดโอกาสให้เราเห็นถึงความเป็นไปได้ คนประเภทนี้จะมีแนวความคิดที่ว่า “ไม่มีอะไรที่เป็นไปไม่ได้” คนที่มองโลกในแง่ดีนั้นหากอยู่ใกล้กับใคร เขาจะช่วยให้เราเห็นผลประโยชน์ และช่องทางของ “คำตอบเชิงสร้างสรรค์” ซึ่งคนที่มองโลกในแง่ร้ายนั้นจะมองข้าม คิดว่าไม่มีทางออก ไม่มีทางแก้

งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก

ธีรศักดิ์ ธาราช (2549: online) ได้ทำการศึกษาลักษณะความคิดของนักธุรกิจที่สามารถดำเนินธุรกิจให้ผ่านพ้นวิกฤตเศรษฐกิจมาได้ พบว่าส่วนใหญ่มีการคิดเชิงบวก เป็นหนึ่งใน 3 ความคิดสำคัญของผู้บริหาร โดยถือว่าการคิดเชิงบวกนำไปสู่ช่องทางการหาทางออกและทำให้องค์กรเติบโตอย่างก้าวกระโดดหลังเกิดวิกฤต เพราะเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงาน เพื่อความอยู่รอด แต่ผลกลับกลายเป็นว่าวิธีการเหล่านั้นมีประโยชน์มาก และให้ผลสัมฤทธิ์ดีกว่าวิธีการทำงานเดิมๆ ในช่วงเวลาปกติ

เซกลีแมน และสคูลแมน (กรกวรรณ สุพรรณวรวิษา, 2544: 32; อ้างอิงจาก Seligman; & Schulman, 1986) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอธิบายกับผลสัมฤทธิ์ทางการทำงาน และการใช้รูปแบบ

ในงานวิจัยภายในประเทศ เช่นของ ทิวา มั่งน้อย (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาที่รูปแบบการอธิบายแตกต่างกัน โดยศึกษาว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายแบบใดจะมีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า นักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ในขณะที่ อรพินทร์ ชูชม และคณะ (2546) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาตนเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน: กรณีข้าราชการครูประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการครูสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 547 คน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะที่มีผลโดยตรงต่อพลังใจในการทำงาน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (เบต้า = .33) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เบต้า = .23) และวิธีการเผชิญแบบถอยหนี (เบต้า = .09) โดยการมองโลกในแง่ดี และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพลังใจในการทำงาน และ ปิยะดี ลิผละบำรุง (2547: 51) ศึกษาการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี ด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตที่มีคะแนนเปอร์เซ็นต์โทลล์ที่ 25 ลงมาจำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนามาจาก เซลิกแมน พบว่ากลุ่มทดลองมีการมองโลกในแง่ดีทุกมิติ และในด้านรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่าทั้งชายและหญิง มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีไม่แตกต่างกัน

ยังมีงานวิจัยอีกเป็นจำนวนมากที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการคิดเชิงบวกที่ได้ข้อค้นพบที่ตรงกันว่า คนที่มีการคิดเชิงบวกมักมีข้อได้เปรียบในการดำเนินชีวิต รวมทั้ง ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิตมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ

การวัดความคิดเชิงบวก

จากงานวิจัยข้างต้นจะพบว่าคนส่วนใหญ่เชื่อว่าการมองโลกในด้านบวกนั้นเป็นสิ่งดี อย่างไรก็ตาม บุคคลเป็นจำนวนมากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อการมองโลกด้านบวก จึงต้องมีการประเมินความคิดใน

ดังนั้น การประเมินความคิดเชิงบวกของตนเอง จึงเป็นอีกสิ่งสำคัญที่ควรให้ความใส่ใจ โดยเฉพาะ การตรวจสอบเพื่อสำรวจความคิดของตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตนเองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป อาทิเช่น แบบ **ประเมินการคิดเชิงบวก** โดย เท็ดสจ๊วค เดชคง (2548: 22-25) ที่ทำการสำรวจความคิดและการใช้ความคิดผ่าน ประสบการณ์ของตนเอง เช่น วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม, คุณเป็นคนที่ยิ้มแย้ม หัวเราะเมื่อเจออุปสรรค, คุณคิดว่าตนเองเป็นคนโชคดียังไงบ้าง, คุณมักจะล้มเหลวมากกว่าที่คุณคาดการณ์ไว้และคุณคิดว่า คนรอบข้างคุณเป็นคนไม่น่าคบหา โดยในแต่ละข้อต่างก็มีคำอธิบายที่สะท้อนถึงความคิดเชิงบวกของตนเอง ได้อย่างชัดเจน เช่น ถามว่า “วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม” สะท้อนให้เห็นว่า “1 คนส่วนใหญ่มัก มองข้ามสิ่งดีๆ ในชีวิตประจำวันที่ตนเองประสบมา ซึ่งถ้าหากเราฝึกฝนตนเองให้ไวพอกที่จะรับรู้สิ่งดีๆ เหล่านี้ชีวิตก็จะมีความสุขได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอากาศเย็นสบายที่นั่งพอดีกัน น้ำที่เย็นสดชื่น ฯลฯ” เป็นต้น

6.4 แรงจูงใจ (Motivation: M) (อัจฉรา สุขารมณ์, 2551)

แรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องและมี จุดมุ่งหมาย

ประเภทของแรงจูงใจ

นักการศึกษาและนักจิตวิทยา ได้แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. **แรงจูงใจภายนอก** (Extrinsic motivation) หมายถึง สิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคลที่มากระตุ้น ให้เกิดพฤติกรรม อาจจะเป็นรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม การได้รับการยอมรับยกย่อง ฯลฯ แรงจูงใจนี้ ไม่คงทนถาวรต่อพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าวเฉพาะในกรณีที่ต้องการรางวัล ต้องการเกียรติ ชื่อเสียง คำชม การยกย่อง การได้รับการยอมรับเท่านั้น

2. **แรงจูงใจภายใน** (Intrinsic motivation) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมที่ทำ จึงทำด้วยความเต็มใจ ตระหนักว่าการบรรลุผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นเป็นรางวัลอยู่ในตัวแล้วซึ่งสภาพของ บุคคลที่มีความต้องการและอยากแสดงพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างด้วยเหตุผลและความชอบของตนเอง (As a state in individual wants to do or learn something for its own sake) บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในนี้ จะแสดง พฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมด้วยความพึงพอใจและยินดีทำงานของตน เพราะอยากจะทำจุดหมาย ปลายทางอยู่ที่การทำกิจกรรมนั้นๆ ฉะนั้นแรงจูงใจภายในจึงเป็นเรื่องของแรงจูงใจที่บุคคลนั้นเกิดมีขึ้นเอง อยากทำอยากแสดงด้วยตัวของตัวเองไม่มีใครบังคับ ไม่มีสิ่งของมาล่อ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่ง จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่คงทนถาวร

การพัฒนาบุคคลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. **ความต้องการสิ่งที่ท้าทาย** หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในต้องมีความชอบ ความพึงพอใจ หรือต้องการงานที่แปลกใหม่ ไม่ซ้ำเดิม ชับซ้อน และมีความยากพอเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล
2. **ความสนใจ-เพลิดเพลิน** หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในจะเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ตลอดจนมีความสุข พึงพอใจและเพลิดเพลินในการทำงานหรือกิจกรรมที่น่าสนใจ
3. **ความเป็นตัวของตัวเอง** หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในในการทำงานเป็นบุคคลที่ชอบริเริ่มทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง มีอิสระในการคิดและการกระทำ
4. **ความต้องการมีความสามารถ** หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในงานเป็นบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิผลในการจัดการกับสภาพแวดล้อม ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง
5. **ความมุ่งมั่น** หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในเป็นบุคคลที่มุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุด้วยความสามารถของตนเอง มีความยึดมั่นทุ่มเทให้กับงานโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก ซึ่งความสำเร็จจากงานเป็นแรงบันดาลใจภายในมากกว่ารางวัลหรือเกียรติยศจากภายนอก

แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง

- 1 ผู้ให้บริการควรจัดให้มีบรรยากาศที่ท้าทายความอยากรู้อยากเห็นของกลุ่มเสี่ยง
- 2 บอกเป้าหมายของการออกกำลังกายให้กลุ่มเสี่ยงได้ทราบ
- 3 พยายามให้งานแก่กลุ่มเสี่ยงตามความสามารถ และให้โอกาสสมาชิกในกลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการออกกำลังกาย
- 4 มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงและแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงได้ใช้ข้อมูลย้อนกลับในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้ดีขึ้น
- 5 มีการพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยโดยนำผลตรวจการวิเคราะห์ทางการแพทย์ (Clinical record) มาดูและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพ
- 6 บรรยากาศของการพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ
- 7 ผู้ให้บริการต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงความกระตือรือร้นในการแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 8 ผู้ให้บริการต้องให้ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในการสร้างแรงจูงใจภายใน ด้วยวิธีการ ดังนี้
 - 8.1 ควรให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายเฉพาะตัวเองในการดูแลสุขภาพที่ตนต้องการ
 - 8.2 ให้กลุ่มเสี่ยงวางแผนในการพัฒนาตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8.3 ให้กลุ่มเสี่ยงมีการดูแลสุขภาพตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับจากผลการตรวจทางการแพทย์

8.4 ต้องช่วยให้อุปกรณ์เสี่ยงวิเคราะห์ความสำเร็จและไม่สำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

8.5 ต้องให้อุปกรณ์เสี่ยงได้เห็นคุณค่าในตนเองในการพยายามเกี่ยวกับคุณค่าในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

8.6 ต้องช่วยให้อุปกรณ์เสี่ยงได้ค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองและให้กำลังใจในการที่จะดูแลสุขภาพต่อไป

8.7 ชี้แจงให้อุปกรณ์เสี่ยงเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการตั้งมาตรฐานความเป็นเลิศให้ใกล้เคียงกับระดับความสามารถของตน

8.8 ช่วยให้อุปกรณ์เสี่ยงจัดตารางเวลาในการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามความเป็นจริง

6.5 การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center Approach: I)

จากการปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดสำหรับการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่เน้นการตั้งรับเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients-Center Approach) ของการให้บริการนั้นๆ จะเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อการทำงานขององค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐบาล ภาคเอกชน ภาคประชาชนและแม้แต่ภาคธุรกิจที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร (NGOs) ก็ดี ทั้งนี้ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3C) ได้แก่

1. Change เหตุที่ต้องมีการปรับตัวเพราะ โลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อภารกิจขององค์กร เช่น การร้องขอ ดังนั้น จะบริหารจัดการแบบเดิมไม่ได้ เนื่องจากผู้รับบริการก็คือประชาชนที่มีความสำคัญมากขึ้น

2. Clients การให้บริการที่ต้องให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก

3. Competition ภาวะการแข่งขันขององค์กรทุกระดับเพื่อสร้างคุณค่าและช่วงชิงความเป็นหนึ่งในด้านการให้บริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร

และจากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังสามารถสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี

ความเป็นมาของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

จากการสืบค้นข้อมูล ไม่ปรากฏเอกสารที่เชื่อมโยงถึงประวัติการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยตรง แต่พบรากฐานทางความคิดที่มีความหมายใกล้เคียง นั่นคือ “การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นรากฐานการทำงานที่สำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในระยะต่อมา

ผู้ให้กำเนิดการให้การศึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง นั่นก็คือ คาร์ล โรเจอร์ (Carl R. Rogers) โดยเขาได้รับอิทธิพลทางความคิดสายหนึ่งมาจาก เจสซี ทาฟต์ ซึ่งลูกศิษย์ของ ออตโต แรงค์ (Otto Rank) นักจิตวิทยา โดยแรงจูงใจมีแนวทางการทำงานที่เน้นการเสริมสร้างสิ่งใหม่ๆ ให้กับบุคคลมากกว่า รวมทั้งเป็นการสร้างให้ผู้รับการบำบัดยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็น และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง โดยที่ผู้ให้การบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือที่ไม่มีทัศนคติตัดสิน ไม่ทำตนเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือแสดงบทบาทเหนือผู้รับการบำบัด ในขณะที่อีกสายหนึ่งมาจาก เคิร์ต โกลด์สไตน์ (Kurt Goldstein) ที่เน้นการทำงานที่ทำให้ผู้รับบริการได้รู้จักตัวตนที่แท้จริง (Self-actualization) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดตามแนวของโรเจอร์ส การพัฒนาทฤษฎีของโรเจอร์สสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การให้การศึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive counseling) ในช่วงปี 1940 นี้ โรเจอร์มีความเห็นต่างแตกต่างไปจากการบำบัดแนวทางเดิมที่มองว่า ผู้ให้การบำบัดคือผู้เชี่ยวชาญที่รู้ดีที่สุด โดยการบำบัดของโรเจอร์มุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดการมองในด้านดีและไม่ชี้นำผู้รับการบำบัดมากกว่าการให้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะ การกำหนดแนวทาง ชักจูง สอน วินิจฉัย และตีความ ตามความเห็นของโรเจอร์การบำบัดแบบเดิมเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการดาวน์ตัดสิน (prejudice) และมักจะสร้างความผิดพลาดอยู่บ่อยครั้ง การบำบัดแบบไม่นำทางจะเน้นไปที่การทำให้ความสนใจกับการสะท้อน (Reflecting) และสร้างความชัดเจน (Clarifying) คำพูดและท่าทางการแสดงออกของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ความรู้สึกตนเองมากขึ้น

ระยะที่ 2 การบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client centered therapy) ในช่วงนี้ อยู่ระหว่างปี 1950 ในช่วงนี้ โรเจอร์ได้เปลี่ยนชื่อการบำบัดของเขาเสียใหม่เป็น Client-centered therapy และให้ความสำคัญกับผู้รับการบำบัดมากกว่าช่วงการบำบัดแบบไม่นำทาง จุดเน้นสำคัญอยู่ที่โลกแห่งปรากฏการณ์ (Phenomenological world) ของผู้รับการบำบัด โรเจอร์เชื่อว่า จุดที่ดีที่สุดในการเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลคือ กรอบการอ้างอิงภายใน (Internal frame of reference) ของแต่ละบุคคลนั่นเอง. นอกจากนี้ โรเจอร์ยังได้ให้ความสำคัญกับแนวโน้มที่จะรู้จักตนเองอย่างถ่องแท้ (Actualizing tendency) ว่าเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 3 เกิดขึ้นในช่วงปี 1960 เมื่อโรเจอร์เปิดตัวหนังสือ Becoming a person (1961) ซึ่งนำเสนอแนวคิดของธรรมชาติแห่ง "การเป็นตัวตนที่แท้จริงของตนเอง" อันหมายถึง การเปิดรับประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง ประเมินประสบการณ์จากกรอบแนวคิดของตนเอง และความปรารถนาที่จะดำรงตนอยู่ในกระบวนการดังกล่าว ในช่วงนี้ โรเจอร์และคณะยังได้ทำงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เพื่อเสริมขยายแนวคิดของการบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทั้งในด้านกระบวนการและประสิทธิผลของการบำบัด โรเจอร์สนใจศึกษาว่าบุคคลจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในระหว่างการบำบัดได้อย่างไร และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัดเป็นตัวแปรที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังมี

ระยะที่ 4 เกิดขึ้นในช่วงปี 1970-1980 แนวคิดของโรเจอร์เป็นที่รู้จักกันในชื่อว่า Person Centered Therapy แนวคิดของเขาได้แพร่หลายไปยังวงการต่าง เช่น วงการการศึกษา อุตสาหกรรม กลุ่มการแก้ปัญหา การแสวงหาสันติภาพโลก เนื่องจากแนวคิดของโรเจอร์ได้แพร่หลายไปอย่างกว้างขวาง และเขาเองก็สนใจว่าทำอย่างไรผู้คนจะรับ ครอบครอง แบ่งปัน และสละพลังและการควบคุมตนเองและผู้อื่น แม้ว่า แนวคิดนี้จะถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในหลายๆด้าน เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม วงการศึกษา วิธีการดำรงชีวิต ภาวะผู้นำและการบริหาร การพัฒนาองค์กร สาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายวัฒนธรรม และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ. ในช่วงท้ายของปี 1970-ช่วงต้นปี 1980 โรเจอร์ได้พยายามที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดแบบยี่คนบุคคลเป็นศูนย์กลางของเขาเข้ากับการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสันติภาพโลกให้เกิดขึ้น

ในปี 1940 โรเจอร์สได้ไปที่เมืองโคลัมบัส มลรัฐโอไฮโอ เพื่อเป็นอาจารย์สอนที่ Ohio State University และช่วงนี้ถือได้ว่าเป็นช่วงที่สองของการพัฒนาทฤษฎีของเขา หลังจากการนำเสนอผลงานของเขาที่ University of Minnesota ในปี 1940 ทำให้เขาตระหนักว่า แนวคิดจิตบำบัดของเขาคือแนวคิดใหม่สำหรับวงการจิตบำบัด โรเจอร์สให้ความสนใจกับการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง และให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัดอันเป็นการสร้างความไว้วางและความร่วมมือที่จะสำรวจความรู้สึก และเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้รับการบำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึกและการสร้างความกระจำอันนำไปสู่ความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการบำบัดถือได้ว่าเป็นหัวใจการบำบัดตามแนวคิดของโรเจอร์ส ในช่วงเวลานั้น

เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic goals)

การบำบัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางมีเป้าหมายที่แตกต่างการบำบัดรูปแบบอื่นๆ โดยจะเน้นไปที่การสร้างให้บุคคลมีรู้สึกเป็นอิสระในตัวเองมากขึ้น แทนที่จะมุ่งให้ความสำคัญกับปัญหาของบุคคล ในทัศนะของโรเจอร์ (1977) การบำบัดไม่ใช่แค่การแก้ปัญหาเท่านั้น แต่ยังเป็นการช่วยสร้างกระบวนการแห่งความงอกมาในตัวผู้รับการบำบัดเพื่อที่จะช่วยให้เขาจัดการกับปัญหาที่เขากำลังประสบอยู่ในปัจจุบันและอนาคตได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

โรเจอร์(1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า โรเจอร์(1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า “ฉันจะค้นพบตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร” “ฉันจะเป็นบุคคลที่ฉันปรารถนาจะเป็นได้อย่างไร” “ฉันจะทิ้งตัวตนที่จอมปลอมและเป็นตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร” เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัด คือการ ช่วยสร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การช่วยให้บุคคลเป็นที่ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ การที่ผู้รับการบำบัดจะบรรลุเป้าหมายเช่นว่านั้นได้ เขาต้องทิ้งหน้ากากที่เขาสวมอยู่

1. เปิดรับประสบการณ์มากขึ้น
2. มีความเชื่อมั่นในตนเอง
3. ประเมินสิ่งต่างๆ โดยใช้มุมมองของตนเองมากกว่าจากมุมมองของผู้อื่น
4. ปราบปรามที่จะเสริมสร้างตนเองให้เจริญงอกงามเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนให้บุคคลมีคุณลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยคุณลักษณะทั้ง 4 ประการดังกล่าวนี้ จัดได้ว่าเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างความเข้าใจถึงทิศทางของการบำบัด นักบำบัดจะไม่ระบุเป้าหมายการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงให้กับผู้รับการบำบัด หลักสำคัญประการหนึ่งของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางก็คือมุมมองที่ว่า “...ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ผู้ให้การบำบัดช่วยเหลือ ผู้รับการบำบัดจะมีศักยภาพที่กำหนดและสร้างความชัดเจนให้กับเป้าหมายของตัวเอง...”

แนวคิดที่สำคัญ

หลักการและแนวคิดการทำงานที่สำคัญที่นำไปสู่การทำงานที่ประสบความสำเร็จของโรเจอร์ นั้นคือ การทำงานที่มุ่งเน้นการสนองตอบต่อการพัฒนาบุคคลให้เกิดความเจริญงอกงามในระหว่างการบำบัดนั่นเองผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการนั่นเอง ซึ่งพอสรุปแนวคิดแต่ละขั้นในการดำเนินงาน ได้ดังนี้

1. (Actualizing tendency) เป็นแนวโน้มที่ของบุคคลที่จะพัฒนาตนเองในวิถีทางที่จะก้าวไปสู่ความเจริญงอกงาม (Growth) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. เงื่อนไขของการมีคุณค่า (Condition of worth) เงื่อนไขซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมอย่างไรจึงได้รับการยอมรับจากผู้อื่นว่ามีคุณค่า
3. ความสอดคล้อง (Congruence) เป็นการความสอดคล้องของการแสดงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่สอดคล้องกับประสบการณ์ภายในใจ
4. การเข้าใจด้วยความเห็นใจอย่างจริงใจ (Empathic understanding)
5. ประสบการณ์ (Experience) (นาม)
6. Experience (กิริยา)
7. ความจริงใจ (Genuineness)
8. กระบวนการประเมินคุณค่าผ่านทางอายตนะ (Organismic value process)

9. การนับถือเชิงบวก (Positive regard)
10. การนับถือตนเองในด้านบวก (Positive self regard)
11. แนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ความงอกงาม (Self actualizing tendency)
12. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self concept)
13. การมีประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง (Self experience)
14. การยอมรับในด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard)
15. การยอมรับตนเองในด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional self regard)

พัฒนาการทางความคิดทางด้านสุขภาพกับการดูแลผู้รับบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

อรรถประโยชน์จากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญของ โรเจอร์ ได้เป็นต้นแบบทางความคิดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังเช่น ในวงการการศึกษาที่มีการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Center) วงการอุตสาหกรรมที่เน้นแรงงานและผู้นำเป็นความสำคัญลำดับแรกในการพัฒนาขององค์กร สายการพัฒนาองค์กร การพัฒนางานด้านสาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายพันธุ์ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และในทางการเมืองที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

นายแพทย์ชื่น เตชามหาชัย (2546) ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการงานโรงพยาบาลและงานสาธารณสุขที่ได้นำแนวคิดของการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้ที่น่าสนใจว่า

“...การดูแลสุขภาพประชาชนก็เช่นกัน องค์ความรู้และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก ความรู้ทางเทคนิควิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้ในการบริหารจัดการ โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่ ประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญเฉพาะบุคคล ในการบริหารจัดการองค์ความรู้ต่างๆ วัฒนธรรมองค์กรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลก็เช่นกัน โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบการนำองค์กรการบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีมบุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ความชำนาญต่างๆ จำนวนมาก มาอยู่รวมกัน มีเทคโนโลยีและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากคนในชุมชน อยู่ในชุมชน ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ อารมณ์ และสภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในพื้นที่ มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแล และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่าย เป็นทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการ หรือ

ดังนั้น จึงพอสรุปหลักการสำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้ว่าเป็นการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม ที่มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การคำนึงถึงประโยชน์ของกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ นั่นก็คือ ประชาชน นักเรียน ผู้รับบริการ ลูกค้า แรงงาน ฯลฯ ได้อย่างตรงตามความต้องการ มีการดำเนินงานที่ใส่ใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วม การเสริมพลัง มีการจัดลำดับความสำคัญ มีวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการเป็นลักษณะทำไป ปรับปรุงไป และพัฒนาไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดนวัตกรรมในการดูแลและให้บริการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

6.6 การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem: S) (ฉันทนา ภาคบงกช, 2551)

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หรือความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างไร ตนเองมีความสำคัญอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยทารก เมื่อได้รับการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและได้รับความรักและความอบอุ่น ย่อมเรียนรู้ว่าตนเองเป็นที่รัก และเริ่มเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและความสามารถของตนเอง ถ้าเด็กได้รับความรัก จะเห็นคุณค่าในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีใครรักก็ยากที่จะพัฒนาในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการตัดสินคุณค่าของ “ตน” (Self) ซึ่งทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อตนเองด้านต่างๆ เช่น ลักษณะ ความสามารถและการเรียนรู้ มาสโลว์ (Maslow, 1970: 45-46) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่ามี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกนับถือตนเอง (self respect) ความเชื่อมั่นในการกระทำต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จอย่างอิสระเสรี และ 2) การเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับจากผู้อื่น (Esteem from other) เป็นความต้องการได้รับการยอมรับ การมีชื่อเสียง เกียรติยศและอำนาจ ส่วนแนวคิดของแม็คเคย์และกอร์ว (Makay and Gaw, 1975) กล่าวถึง 1) การยอมรับนับถือตนเองเป็นผลมาจากมีความเชื่อมั่นว่า

“การเห็นคุณค่าในตนเอง” มีความหลากหลายในความหมาย เช่น หมายถึง ลักษณะความเชื่อมั่นและการนับถือตนเองที่เกิดจากความเชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้คนเราประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆ (Gibson, 1980: 120; citing Branden, 1969) นับว่ามีความเห็นที่สอดคล้องกับโรเซนเบอร์ก (Rozenberg) ที่ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือทัศนคติของบุคคลต่อที่มีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ ผู้ที่นับถือตนเองคือผู้ที่คิดว่าตนเองมีคุณค่า มีเกียรติ มีความพอใจในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ บุคคลมักจะคิดว่าตนเองไม่เท่าเทียมคนอื่นเพราะขาดบางสิ่งบางอย่าง (Rozenberg, 1979: 4)

นอกจากนี้ ยังมีการให้ความหมายที่มีรายละเอียด เช่น หมายถึงความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกและการมองเห็นความสำคัญและคุณค่าของตนเองที่เกิดจากการสะท้อนภาพที่แท้จริงของตนเองตามความเป็นจริง (Real self) เมื่อนำมาเทียบกับภาพของตนเองตามความคาดหวัง (Ideal self) (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: อ้างอิงจาก; Kelly, 1985) นอกจากนี้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลใดที่ประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวตนที่แท้จริงซึ่งมีความสอดคล้องกับที่ตนเองตามความคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวตนที่แท้จริงไม่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับ สิ่งที่ตนคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญและประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถและทักษะในการทำ สิ่งต่างๆ ยังมี ความแตกต่างหรือมีความขัดแย้งมากเพียงใด การเห็นคุณค่าในตนเองย่อมลดต่ำลงเพียงนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจรุนแรง และอาจถึงขั้นที่ทำให้เกิดโรคประสาทหรือโรคจิตได้ (นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม, 2539: 6-7; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1967: 5)

ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. มักพูดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น “ไม่น่าจะมาเสียเวลากับฉัน” “แยจ้ง”
2. กล่าวขอโทษบ่อยๆ และสงสัยในความสามารถของตนเอง
3. พังเล็งความผิดพลาดของตนเอง
4. ปฏิเสธเมื่อได้รับคำชมจากผู้อื่น
5. มุ่งความถูกต้องสมบูรณ์และมักจะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว

ส่วนผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถปรับปรุงด้านต่างๆ ของชีวิต ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเอง เปิดรับการเรียนรู้และยอมรับการแนะนำจากผู้อื่น สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย ความเชื่อมั่นในตนเองมีผลต่อการเรียนและการทำงาน ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะมีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. ไม่อยู่กับความทุกข์นานนัก เช่น ความสิ้นหวัง ความเหงา ความรู้สึกว่าคุณไร้ค่าความละอายใจ และความอับอาย
2. มีความกล้าที่บอกถึงความต้องการและความคิดเห็นด้วยความมั่นใจ
3. มีสัมพันธภาพที่มั่นคงและชัดเจน ไม่ค่อยอึดอัดที่จะติดต่อกับผู้อื่น และไม่เอาใจผู้อื่นมากเกินไป
4. กำหนดเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสม จึงไม่ค่อยมีการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น
5. สามารถชะลอความเครียดเมื่อพบสิ่งที่คุณทำท้อแท้หรือเจ็บป่วยสามารถนำความเชื่อมั่นในตนเองกลับคืนมาโดยเร็ว
6. ไม่พบปัญหาสุขภาพอันเกิดจากความเครียด เช่น ระบบอาหารไม่ปกติ ติดยาเสพติดและวิตกกังวล

งานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองส่วนมากแสดงให้เห็นว่า การเห็นคุณค่า ในตนเองล้วนบังเกิดผลต่อการทำงาน การเรียนและด้านสุขภาพ ส่วนมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเจ็บปวด การลดน้ำหนัก และ โครงการสุขภาพป้องกัน (MacArthur and Pervin, 1993) ใน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปในวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ซึ่งพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเชิงสังคมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (Rives, Torres and Fernandez, 1995: 60-63)

จากการประมวลเอกสาร พบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้รับประโยชน์จากการสร้างเสริมด้าน ความริเริ่ม และความรู้สึกพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางวิจัยพบว่า การ เห็นคุณค่าในตนเองในระดับที่ สูงเกินไปสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนัก เพราะไม่สามารถช่วยในเรื่องการป้องกันเกี่ยวกับการดื่มเหล้า ยา เสพติด บุหรี่และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (Baumeister, Campbell, Krueger, Krueger, and Vohs, 2003 online)

โดยทั่วไป การเห็นคุณค่าในตนเองโดยทั่วไปมีผลดีต่อชีวิตในด้านต่างๆ หากมีปัจจัยด้านสังคมและใช้ เหตุผล การที่มีทัศนคติตรงตามความเป็นจริงย่อมบังเกิดผลด้านการนับถือตนเองและความสุขในชีวิต ผู้ที่ เห็นคุณค่าในตนเองมักมีลักษณะกระฉับกระเฉง ว่องไว มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ กล้าในการแสดงออกและแสดงความคิดเห็น สามารถชักชวนผู้อื่นให้คล้อยตาม มองสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มองเห็นความดีงามของตนเอง สามารถคิดแก้ปัญหาให้ลุล่วงด้วยดี ดังนั้น ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจึงสามารถ ประสบความสำเร็จต่างๆ ในชีวิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงประเมิณผล โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบการประเมิน และการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ใน เขตกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อสร้างกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF ในการดำเนินการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร 3) เพื่อศึกษาผลการนิเทศและ ประเมิณผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ร่วมให้บริการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดำเนินโครงการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของโครงการและ 4) เพื่อ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร

ในการดำเนินการวิจัย ได้แบ่งขั้นตอนหลักในการดำเนินการไว้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนา รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการนิเทศและประเมิณผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงาน ในเขตกรุงเทพมหานครและปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนา รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับ เปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิค การพัฒนาสุขภาพ ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริหารจัดการและประเมินโครงการ ตาม CIPP Model แนวคิด 3 Self ที่ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Self-regulation) และ การดูแล สุขภาพตนเอง (Self-care) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลักรูปแบบ PROMIS ที่ประกอบด้วย การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) การบริหารเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) การมอง โลกในแง่ดี (Optimism) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) และ การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

2. จัดทำร่างต้นแบบของ รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE Model และ 3 SELF

3. ดำเนินการอบรมหัวหน้าและทีมงานของโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 32 โครงการ ๆ ละ 2-3 คนรวมจำนวนผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 72 คน ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในหลักการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบการบริหารจัดการโครงการด้วย แนวคิดตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือกลุ่มเสี่ยง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือ 3 SELF ได้แก่ Self-efficacy Self-regulation และ Self-care

4. ให้หัวหน้าโครงการและทีมงานไปดำเนินกิจกรรมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยง จำนวนกิจกรรมอาจเป็นทั้งรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่มรวมจำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 – 7 เดือน พร้อมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 SELF ก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยง

5. นำผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผล ทางชีวเคมี ผลตรวจเลือด ผลการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง น้ำหนักตัว เป็นต้น มาประกอบการพิจารณาใน การปรับแก้ไข รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ หน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE Model และ 3 SELF

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการนิเทศและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑลแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร
การดำเนินการ

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 คนตรวจสอบพร้อม หัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันใน การดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ กำหนดระหว่าง 3 ฝ่ายคือหัวหน้าโครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

3. จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขต กรุงเทพมหานคร และคู่มือการบริหารการเงินสำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการดำเนินโครงการ

4. จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการเพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวม 32 โครงการ

5. จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเขียน การบริหารจัดการโครงการ และทักษะในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตและทางร่างกายตาม แนว 3 Self และ PROMISE Model

6. จัดกิจกรรมในทีมผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด

7. บริหารจัดการโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวความคิดการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model

8. จัดประชุมสรุปโครงการแก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน

9. สรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการ โครงการ

ประเด็นในการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการของหน่วยงานที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. ชื่อโครงการ บ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน

2. หลักการและเหตุผล ควรระบุ ปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกัน ใช้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ยิ่งดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

3. วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริงและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมเท่าไรกี่คนหรือกี่ % เป็นต้น

4. กลุ่มเป้าหมาย ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไร ในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ

5. หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย /ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น

6. ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมลล์

7. วันเวลา สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน

8. ขั้นตอนการดำเนินงาน ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -6 เดือน

10. การประเมินผลโครงการ ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น

11. ผลสัมฤทธิ์ของงาน ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช. เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานตามตัวชี้วัดของ สปสช. และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโครงการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนคนไทยที่มีสิทธิการรักษาอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่อาจเป็นผู้ป่วยหรือประชาชนคนไทยทั่วไปที่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่รุนแรงตามมาได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคเครียด ดิบบูหรีหรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนคนไทยที่เป็นผู้มีสิทธิรับบริการตามโครงการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หน่วยงานจัดให้ โดยเป็นผู้มีสิทธิสวัสดิการราชการและบุคคลในครอบครัว หรือ ผู้ประกันตนตามสิทธิประกันสังคม หรือผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีสิทธิการรักษาอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเครียด โรคอ้วน การดิบบูหรี หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ตามผลการตรวจแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งในช่วง 4-7 เดือนที่มีการจัดโครงการ รวมจำนวนทั้งสิ้น 3,665 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระหว่างดำเนินโครงการ เก็บข้อมูลระหว่างการติดตามนิเทศโครงการโดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ จำนวน 32 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 29 คน

หน่วยงานที่จัดเป็นนิติบุคคล ที่สามารถให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งมีทั้งสิ้น 19 หน่วยงาน ที่ประกอบด้วย สถานพยาบาล หน่วยงานทั่วไปทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน NGO รวมจำนวน 32 โครงการ ดังนี้

1. วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ดำเนินโครงการ 4 โครงการดังนี้
 - 1.1 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) ในชุมชนวัดพระธาตุมุทุมุทธธรรม เขตคูสิต กรุงเทพมหานคร
 - 1.2 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพทางโภชนาการ การออกกำลังกาย และการคลายเครียดของแกนนำการส่งเสริมสุขภาพของวิทยาลัย
 - 1.3 ส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ครบวงจร
 - 1.4 การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
2. บริษัทสุขสวัสดิ์โพลีคลินิก จำกัด ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. โรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า ดำเนินโครงการ รั้งหัวใจ ห่วงใยฟื้นฟู
4. โรงพยาบาล เลิศสิน ดำเนินโครงการ 3 โครงการดังนี้
 - 4.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาล เลิศสิน
 - 4.2 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง
 - 4.3 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็กที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
5. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ดำเนินโครงการ การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชนพัฒนาหมู่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. บริษัท Thai academy of anti-aging medicine ดำเนินโครงการ ปรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วัด โรงเรียน ลดภาวะเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome)
7. โรงพยาบาลลาดกระบัง สำนักการแพทย์ กทม. ดำเนินโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและกลุ่มเสี่ยง
8. มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินโครงการ 2 โครงการดังนี้
 - 8.1 การลดความเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการออกกำลังกาย
 - 8.2 การเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุด้วยกายบริหารเต้าต่อชินซี

9. กรมแพทยทหารเรือ ดำเนินโครงการ ทหารเรือสุขภาพดี
10. โรงพยาบาล ราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กทม. ดำเนินโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
11. โรงพยาบาล สิรินคร สำนักการแพทย์ กทม. ดำเนินโครงการ 2 โครงการ
 - 11.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมสร้างการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาลสิรินคร
 - 11.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกาย สุขภาพจิต โรงพยาบาล สิรินคร
12. โรงพยาบาลรามาริบัติ ดำเนินโครงการ 4 โครงการ
 - 12.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
 - 12.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
 - 12.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 12.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน
13. การทางพิเศษแห่งประเทศไทย ดำเนินโครงการ การเสริมสร้างและฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตเพื่อชีวิตที่ผาสุก
14. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดำเนินโครงการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชีวิตที่ดีกว่า
15. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินโครงการ 3 โครงการ
 - 15.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการและการผ่อนคลายความเครียดของบุคลากรและนิสิต สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว
 - 15.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในเด็กวัยเรียนที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงเรียนสาธิต ในเขตกรุงเทพมหานคร
 - 15.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนของโรงเรียนสาธิต ในเขตกรุงเทพมหานคร
16. มูลนิธิเต๋าเต๋อซินซี ดำเนินโครงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยเทคนิคเต๋าเต๋อซินซีของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ มศว
17. มูลนิธิสร้างเสริมคุณธรรม ดำเนินโครงการ 2 โครงการ
 - 17.1 Fill up Your Life Fill up Your Self
 - 17.2 สุขกายสบายใจด้วยสมาธิ
18. สมาคมวัฒนธรรมสัมพันธ์เพื่อความดีสากล ดำเนินโครงการ Change For Live
19. โรงเรียนแม่พระฟาติมา ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เพื่อการนิเทศและประเมิน โครงการระหว่างดำเนินโครงการตามแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007)

1.1 การประเมิน ในกลุ่มหัวหน้าโครงการ

ปัจจัยบริบท (Context) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มรับบริการ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ความรู้ประสบการณ์ของคณะทำงาน สอดคล้องกับนโยบายหน่วยงาน มีสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อ แนวโน้มของโครงการที่จะสำเร็จตามตัวชี้วัด (จากข้อคำถาม 6 ข้อ 4 scale)

ปัจจัยนำเข้า (Input) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความสามารถในการบริหารโครงการ การทำความเข้าใจร่วมกันกับทีมงานก่อนเริ่มโครงการ ความพร้อมวัสดุอุปกรณ์/สถานที่ คู่มือหรือสื่อความรู้ที่ผู้รับบริการศึกษาเพิ่มเติมได้ เครื่องมือในการประเมินคณะทำงานและผู้รับบริการ(จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

กระบวนการ (Process) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน การแสดงบทบาทผู้นำทีม การเป็นต้นแบบของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการประเมินผลเป็นระยะและปรับปรุงการทำงาน เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม การแก้ปัญหาในการทำงาน (จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

ผลลัพธ์ (Product) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของหน่วยงาน/ผู้บริหาร การดำเนินโครงการสำเร็จตามตัวชี้วัด สร้างนวัตกรรม/องค์ความรู้ใหม่ ได้พัฒนาทักษะในการบริหารโครงการสุขภาพ (จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

การประเมิน ในกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

ปัจจัยบริบท (Context) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ความรู้ประสบการณ์ของคณะทำงาน แนวคิดและกิจกรรมสอดคล้องนโยบายหน่วยงาน มีทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่เอื้อ โครงการมีแนวโน้มที่จะสำเร็จได้ด้วยดี (จากข้อคำถาม 6 ข้อ 4 scale)

ปัจจัยนำเข้า (Input) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความสามารถของหัวหน้าโครงการ จำนวนทีมงาน วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ดำเนินกิจกรรม การเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงาน หลักเกณฑ์การสมัครผู้รับบริการ (จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

กระบวนการ (Process) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน การให้กำลังใจคณะทำงาน คอยดูแลติดตามโครงการ ให้คำแนะนำอย่างเป็นกัลยาณมิตร สนับสนุนทรัพยากรการมีส่วนร่วมช่วยแก้ปัญหา (จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

ผลลัพธ์ (Product) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความมั่นใจโครงการมีประโยชน์แท้จริง ความพึงพอใจต่อการทำงานของคณะทำงาน โครงการทำให้หน่วยงานเป็นที่ไว้วางใจจากประชาชนมากขึ้น สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรม (จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

การประเมิน ในกลุ่มผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยบริบท (Context) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน สภาพแวดล้อมในการดำเนินกิจกรรม, ความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ให้บริการ แนวคิดและกิจกรรมมีความทันสมัย เกิดประโยชน์ โครงการมี แนวโน้มที่จะสำเร็จ เป็นต้น)จากข้อคำถาม 6 ข้อ 4 scale)

ปัจจัยนำเข้า (Input) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน ความพร้อม และความพอเพียงของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ความสะดวกสบายของสถานที่ที่ใช้จัดกิจกรรม การเป็น แบบอย่างที่ดีของผู้จัด การดูแลเอาใจใส่คอยให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวก, หลักสูตรและกิจกรรม, เครื่องมือประเมินผล เป็นต้น)จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

กระบวนการ (Process) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน การเปิด โอกาสให้มีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่คอยกำกับติดตาม ความสามารถของวิทยากรในการถ่ายทอด รูปแบบ กิจกรรมที่จัดมีความหลากหลายทั้งให้ความรู้และฝึกทักษะ เปิดโอกาสให้มีการประเมินเป็นระยะ)จาก ข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

ผลลัพธ์ (Product) ประเมินจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาด้าน โครงการช่วย เสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ความรู้เพิ่มขึ้น สร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง สุขภาพในทางที่ดีขึ้น มีการบันทึกและใส่ใจในพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น (จากข้อคำถาม 5 ข้อ 4 scale)

1.2 แบบสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการเพื่อประเมินการนำแนวทาง PROMISE Model ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

1.2.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับหัวหน้าโครงการ โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

ด้านปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ (Context)

1. ท่านได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ก่อน ดำเนินโครงการหรือไม่? อย่างไร?
2. ผู้บังคับบัญชาของท่านให้การสนับสนุนในการดำเนินโครงการในด้านใดบ้าง?
3. ท่านคัดเลือกคณะทำงานที่จะร่วมดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร? มี เกณฑ์อะไรในการคัดเลือก?
4. ท่านนำนโยบายอะไรบ้างในหน่วยงานของท่านมาเป็นแนวคิดการดำเนินโครงการครั้งนี้?
5. ท่านคิดว่าทรัพยากรอะไรบ้างที่จะสนับสนุนให้โครงการที่จัดขึ้นในครั้งนี้น่าดำเนินการได้เป็น ผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่กำหนด?

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

1. ท่านยึดหลัก PROMISE ในการบริหารจัดการโครงการส่วนไหนบ้าง? ยกตัวอย่างประกอบ
2. ท่านจัดเตรียมคณะทำงานอย่างไรบ้างก่อนเริ่มดำเนินโครงการ?
3. ท่านจัดมีหลักเกณฑ์ในการเลือกวัสดุอุปกรณ์และสถานที่อย่างไร?

4. ท่านมีวิธีเลือกแนวคิด/เทคนิค/วิธีการอย่างไรในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้ารับบริการ?

5. ท่านใช้หลักการอะไรในการประเมินผลคณะทำงาน และผู้รับบริการเพื่อที่จะมั่นใจว่าครอบคลุมและเที่ยงตรงที่สุด?

ด้านกระบวนการ (Process)

1. ท่านแสดงบทบาทผู้นำทีมที่เป็นทั้งผู้ริเริ่ม/เป็นต้นแบบพฤติกรรม/ผู้แนะนำและนักเจรจาต่อรองอย่างไรบ้าง? โปรดอธิบาย?

2. ท่านแสดงบทบาทการเป็นบุคคลต้นแบบของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างไรบ้าง

3. ท่านใส่ใจผลการปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้การเสริมแรงแก่คณะทำงานด้วยวิธีการทางบวกหรือไม่? อย่างไร?

4. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการส่วนใดบ้าง?

5. ปัญหาที่หนักที่สุดที่ท่านเคยประสบระหว่างการดำเนินโครงการคืออะไร และท่านแก้ไขได้อย่างไร? ด้วยหลักการใด?

ด้านผลลัพธ์ (Product)

1. จากการสังเกต/สอบถาม/ประเมิน ผู้รับบริการ ท่านคิดว่าผู้รับบริการมองสิ่งใดเป็นจุดแข็งของโครงการของท่าน?

2. หน่วยงานมีความพึงพอใจในผลการดำเนินโครงการของท่านหรือไม่? อย่างไร?

3. ท่านคิดว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์มีอะไรบ้าง? โปรดอธิบายและเรียงลำดับความสำคัญ

4. ท่านได้สร้างนวัตกรรมหรือองค์ความรู้ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอะไรบ้าง?

5. ทักษะที่ใช้บริหารจัดการและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของท่านในครั้งนี้แตกต่างจากครั้งอื่นๆหรือไม่? อย่างไร?

1.2.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

ด้านบริบททั่วไปของโครงการ (Context)

1. หน่วยงานของท่านได้วิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ก่อนดำเนินโครงการหรือไม่? อย่างไร?

2. ท่านให้การสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาในการดำเนินโครงการในด้านใดบ้าง

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับคณะทำงานในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุดนี้?

4. แนวคิดและกิจกรรมของโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายในหน่วยงานของท่านอย่างไร?

5. ท่านคิดว่าทรัพยากรอะไรบ้างที่จะสนับสนุนให้โครงการที่จัดขึ้นในครั้งนี้อำนาจดำเนินการได้เป็นผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่กำหนด?

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

1. ท่านคิดว่าหัวหน้าโครงการมีศักยภาพในการบริหารจัดการตั้งแต่ริเริ่ม/วางแผน/ดำเนินการ/กำกับ/ปิดโครงการหรือไม่? อย่างไร?

2. ท่านคิดว่าคณะทำงานชุดนี้มีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพในการดำเนินโครงการหรือไม่อย่างไร?

3. ท่านให้การสนับสนุนในด้านวัสดุอุปกรณ์และสถานที่หรือไม่? อย่างไร?

4. ท่านคิดว่าคณะทำงานในโครงการเป็นแบบอย่างของการเป็นผู้มีพฤติกรรมสุภาพที่ดีหรือไม่? อย่างไร?

5. ท่านคิดว่าคณะทำงานชุดนี้มีหลักเกณฑ์คัดเลือกผู้รับบริการที่มีความสนใจอย่างแท้จริงได้หรือไม่? อย่างไร?

ด้านกระบวนการ (Process)

1. ท่านให้กำลังใจแก่คณะทำงานโครงการเพื่อให้มีพลังในการดำเนินโครงการให้สำเร็จด้วยวิธีการใดบ้าง? โปรดอธิบาย?

2. ท่านคิดว่าช่วงใดของโครงการที่คณะทำงานต้องการคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากท่านมากที่สุด? โปรดอธิบาย?

3. ท่านให้คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์แก่คณะทำงานอย่างไรบ้าง?

4. ท่านใช้วิธีอะไรในการประเมินผลการดำเนินงานของคณะทำงานในระหว่างการดำเนินโครงการ? โปรดอธิบาย?

5. ท่านมีส่วนร่วมช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการในด้านใดบ้าง?

ด้านผลลัพธ์ (Product)

1. ท่านคิดว่าจุดแข็งของโครงการในหน่วยงานของท่านคืออะไร? โปรดอธิบาย?

2. ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคณะทำงานของท่านในระดับใด? โปรดอธิบาย?

3. หากมีโครงการเช่นนี้ในอนาคตท่านจะให้การสนับสนุนอีกหรือไม่? เพราะเหตุใด?

4. ท่านคิดว่าโครงการในครั้งนี้ส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้อย่างไรบ้างหรือไม่มี? โปรดอธิบาย

5. ในมุมมองของผู้บังคับบัญชา คิดว่าตัวผู้บังคับบัญชาเองมีส่วนในการสนับสนุนความสำเร็จของโครงการได้อย่างไรบ้าง?

1.2.3 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

ด้านบริบททั่วไปของโครงการ (Context)

1. อะไรเป็นมูลเหตุจูงใจให้ท่านเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้?
2. สิ่งที่ท่านคาดหวังหรือตั้งเป้าหมายไว้ตั้งแต่ก่อนการเข้าร่วมโครงการว่าจะได้รับจากโครงการนี้คืออะไร? โปรดอธิบาย
3. ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ท่านได้รับการประชาสัมพันธ์หรือข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจหรือไม่? อย่างไร?
4. ท่านคิดว่าโครงการนี้จัดขึ้นสอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพของท่าน และ/หรือผู้บริการรายอื่นๆหรือไม่? อย่างไร?
5. ท่านคิดว่าหน่วยงานนี้มีสภาพแวดล้อม/ทรัพยากรเพียงพอที่จะเอื้อต่อความสำเร็จของโครงการหรือไม่? อะไรบ้าง?

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

1. ท่านมีความเห็นอย่างไรกับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ความเพียงพอ ความทันสมัย? โปรดอธิบายและยกตัวอย่าง
2. ท่านมีความเห็นอย่างไรกับสถานที่จัดฝึกอบรม/จัดกิจกรรม? หรือมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอะไรบ้าง?
3. เจ้าหน้าที่โครงการจัดเตรียมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้ท่านอย่างเพียงพอหรือไม่? มีการแนะนำแหล่งความรู้เพิ่มเติมหรือไม่?
4. เจ้าหน้าที่ในโครงการแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่ท่านหรือไม่? อย่างไร?
5. มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอที่คอยติดตามดูแลท่านอย่างใกล้ชิดหรือไม่? เช่น เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น

ด้านกระบวนการ (Process)

1. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการหรือไม่? โปรดอธิบายและยกตัวอย่าง
2. เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจหรือสื่อสารกับท่านด้วยคำพูดทางบวกหรือไม่? อย่างไร? เมื่อท่านทำพฤติกรรมได้ไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้
3. เจ้าหน้าที่สร้างแรงจูงใจให้ท่านอย่างไร? ที่ทำให้ท่านเชื่อมั่นว่าท่านดูแลสุขภาพของตนเองได้ โปรดอธิบายและยกตัวอย่าง
4. เจ้าหน้าที่มีการปรับกิจกรรมหรือแผนการดูแลให้สุขภาพให้เหมาะกับผู้รับบริการแต่ละคนหรือไม่? โปรดอธิบายและยกตัวอย่าง
5. หลังจากการประเมินผลแต่ละช่วง เจ้าหน้าที่มีการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพเป็นรายบุคคลหรือไม่? อย่างไร?

ด้านผลลัพธ์ (Product)

1. โครงการดังกล่าวช่วยส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของท่านได้จริงหรือไม่? โปรดชี้แจงให้ทราบถึงเปลี่ยนแปลง

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ได้รับนั้น ท่านใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร? โปรดอธิบายและยกตัวอย่าง

3. ท่านมั่นใจมากขึ้นหรือไม่ว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีได้? โปรดชี้แจงให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลง

4. ท่านมีการบันทึกและใส่ใจติดตามในพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอหรือไม่? อย่างไร?

5. ท่านดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไร? โปรดชี้แจงให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลง

2. เครื่องมือและคุณภาพของที่ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

2.1 แบบสอบถามเพื่อการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

2.1.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self efficacy) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ดังนี้

1. ท่านมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นได้ มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.48

2. ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์ได้อย่างเคร่งครัด มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.67

3. ท่านมั่นใจว่าสามารถแบ่งตารางเวลาในแต่ละวันเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.55

4. ท่านมั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้โดยไม่ต้องพึ่งอาหารเสริม มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.29

5. ท่านมั่นใจว่าสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตัวท่านอย่างได้ผล มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.55

2.1.2 แบบสอบถามวัด การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ดังนี้

1. ท่านสังเกตและใส่ใจถึงความเครียดหรือสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของท่าน มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.36

2. ท่านบันทึกการปฏิบัติตนเพื่อการควบคุม ดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.56

3. ท่านใส่ใจกับปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.69

4. ท่านวางเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและหมั่นดูแลสุขภาพให้ไปสู่เป้าหมายนั้น มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.67

5. ท่านหมั่นดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นเมื่อพบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ 0.70

2.1.3 แบบสอบถามวัด การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ดังนี้

1. ท่านตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดมีค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ .76

2. ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองค่าอำนาจจำแนกตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ.66

3. ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีเมาทุกชนิดค่าอำนาจจำแนกตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ.49

4. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าได้เหมาะสมกับความต้องการในวัยของท่านค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ .71

5. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับร่างกายของท่านค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ .64

6. ท่านมองโลกในแง่ดีเสมอค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ .45

7. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอค่าอำนาจจำแนก ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกรายข้อ เท่ากับ .62

2.2 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่วัดเฉพาะภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

1. ท่านสามารถนำความรู้จากการเข้าร่วมโครงการนี้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง

2. เจ้าหน้าที่ประจำโครงการฯ ดูแลเอาใจใส่ และให้คำแนะนำแก่ท่านเป็นอย่างดี

3. ท่านได้รับความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการท่าน

4. ท่านมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม

5. ท่านคิดว่ามีความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม

6. ท่านพอใจกับสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ในการจัดกิจกรรม

7. ประโยชน์ที่ท่านได้รับคุ้มค่างับเวลาที่เสียไปในการเข้าร่วมกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะนิเทศและทีมผู้ประเมิน ดำเนินการสัมภาษณ์ ตามแบบการสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด PROMISE Model ที่คณะวิจัย สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยการสัมภาษณ์และการสอบถามผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ จำนวน 32 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 29 คน และกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 128 คน ในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2551

2. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self โดยการสอบถาม กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมจำนวน 3,665 คน ทั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2551 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือน ตุลาคม 2551 – มกราคม 2552

3. รวบรวมความคิดเห็นจากการประชุมสรุปโครงการร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการและทีมงาน จำนวน 32 โครงการ และกลุ่มคณะนิเทศก์และประเมินผลโครงการ รวมจำนวน 58 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อการนิเทศและประเมินโครงการตามแนว CIPP Model และแนวคิด PROMISE Model ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินตาม CIPP ที่มีต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จาก 3 กลุ่มใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way ANOVA) เพื่อตอบสนองสมมติฐานข้อที่ 1

3. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติค่าที่ (Dependent t-test) เพื่อตอบสนองสมมติฐานข้อที่ 2

4. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางร่างกายและชีวเคมี ใช้สถิติวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติค่าที่ (Dependent t-test) ตามที่โครงการกำหนด เพื่อตอบสนองสมมติฐานข้อที่ 3

5. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการประเมินความพึงพอใจของการเข้าร่วมกิจกรรมหลังสิ้นสุดโครงการ นำเสนอด้วยระดับความพึงพอใจเมื่อเทียบกับเกณฑ์ เพื่อตอบสนองสมมติฐานข้อที่ 4

6. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณานำเสนอเป็นความถี่

รายงานการวิจัยฉบับที่ 119 เรื่อง

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร

(Project Management and Evaluation for Health Behavioral Modification of
the Organizations in Bangkok Metropolis)

คณะวิจัย

ผศ.ดร.อังคินันท์	ฉันทภักดี
รศ.ดร.อรพินท์	ชูขันธ์
รศ.อุบลฉวี	สุขารมณี
ภญ.พัชรี	ดวงจันทร์
นายอรุณรัตน์	เนตรทิพย์

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
เขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

พ.ศ. 2552

บทที่ 5

สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโครงการ (Evaluation research) และการปฏิบัติการวิจัย เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินโครงการของหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปพร้อมกันระหว่างคณะผู้วิจัยนิเทศติดตามและประเมินโครงการ ในการศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนคนไทย ผู้มีสิทธิการรักษาในเขตกรุงเทพมหานคร ได้เข้าถึงการรับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีขีดความสามารถในการบริหารโครงการ ด้านการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร และ ในการวิจัยเชิงประเมินผลโครงการเพื่อให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนของหน่วยงานที่ร่วมให้บริการในช่วงเดือน พฤษภาคม – ธันวาคม 2551 จำนวน 19 หน่วยงาน 32 โครงการ โดยมีประชาชนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 3,665 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการประเมิน และการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อสร้างกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร 3) เพื่อศึกษาผลการนิเทศและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดำเนินโครงการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของโครงการและ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model พบว่า ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการรวมกัน อยู่ในระดับดีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มการรับรู้ของหัวหน้าโครงการ การรับรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

2. ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) ดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ตามที่โครงการกำหนด

4. ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมากขึ้นไป

5. มีปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่นำไปพัฒนาปรับปรุงโครงการ

และมีบทสรุปขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาารูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3 SELF

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริหารจัดการและประเมินโครงการ ตาม CIPP Model แนวคิด 3 Self และ PROMIS

2. จัดทำร่างต้นแบบของ รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE Model และ 3 SELF

3. ดำเนินการอบรมหัวหน้าและทีมงานของโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 32 โครงการ ๆ ละ 2- 3 คนรวมจำนวนผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 72 คน ให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบการบริหารจัดการโครงการด้วยแนวคิดตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือกลุ่มเสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือ 3 SELF ได้แก่ Self-efficacy Self-regulation และ Self-care

4. ให้หัวหน้าโครงการและทีมงานไปดำเนินกิจกรรมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง จำนวนกิจกรรมอาจเป็นทั้งรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่มรวมจำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 – 7 เดือน พร้อมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 SELF ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยง

5. นำผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลทางชีวเคมี ผลตรวจเลือด ผลการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง น้ำหนักตัว เป็นต้น มาประกอบการพิจารณาในการปรับแก้ไข รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE Model และ 3 SELF

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการนิเทศและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขต กรุงเทพมหานครและปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 คนตรวจสอบพร้อมหัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำหนดระหว่าง 3 ฝ่ายคือหัวหน้าโครงการ ผู้บริหารของหัวหน้าโครงการและสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
3. จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และคู่มือการบริหารการเงินสำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ
4. จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ เพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวม 32 โครงการ
5. จัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเขียน การบริหารจัดการโครงการ และทักษะในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตและทางร่างกายตามแนว 3 Self และ PROMISE Model
6. จัดกิจกรรมในทีมผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด
7. บริหารจัดการโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวคิดการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model
8. จัดประชุมสรุปโครงการ แก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน และสรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ดำเนินการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ 32 โครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 29 คน และผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลจากการนิเทศติดตามโครงการระหว่างดำเนินโครงการ 128 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการหรือเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเครียด โรคอ้วน การติดบุหรี่ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ตามผลการตรวจแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งในช่วง 4-7 เดือนที่มีการจัดโครงการ รวมจำนวนทั้งสิ้น 3,665 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการให้เป็นผลสำเร็จตามตัวชี้วัด จากผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ประเมิน ตามรายงานโครงการที่ประกอบด้วย ชื่อโครงการ บ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกัน ไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริงและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมเท่าไรกี่คนหรือกี่ % เป็นต้น กลุ่มเป้าหมาย ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไรในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย /ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมล วันเวลา สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน ขั้นตอนการดำเนินงาน ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -6 เดือน การประเมินผลโครงการ ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้

2. เครื่องมือที่ใช้เพื่อการนิเทศและประเมิน โครงการระหว่างดำเนินโครงการตามแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับการประเมินความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ 4 ด้าน คือ **ปัจจัยบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Product)** รวม 21 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับการประเมินการนำหลักการ PROMISE Model ไปใช้และความเป็นไปได้ในความสำเร็จตามตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดอื่นของโครงการ 4 ด้าน คือ **ปัจจัยบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Product)** รวม 20 ข้อเป็นประเด็นข้อคำถามปลายเปิด โดยผู้ให้ข้อมูลตอบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เครื่องมือและคุณภาพของที่ใช้เพื่อการประเมินพฤติกรรมสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

3.1 แบบสอบถามเพื่อการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

3.1.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self efficacy) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอ

3.1.2 แบบสอบถามวัด การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง 0.36 – 0.70

3.1.3 แบบสอบถามวัด การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.49 – 0.76

3.2 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่วัดเฉพาะภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น และข้อมูลประเมินความพึงพอใจของการเข้าร่วมกิจกรรมหลังสิ้นสุดโครงการ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 4

2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสถิติค่าที (Dependent t-test) และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินตามรูปแบบ CIPP ที่มีต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มหัวหน้าโครงการและกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way ANOVA) เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 1-3

3. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณนาและนำเสนอเป็น ความถี่

สรุปผลการวิจัย

สามารถสรุปผลแบ่งเป็น 6 ตอน ตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model ตามสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามสมมติฐานข้อ 2

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ตามสมมติฐานข้อ 3

ตอนที่ 5 ระดับความพึงพอใจที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามสมมติฐานข้อ 4

ตอนที่ 6 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการ โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ตามวัตถุประสงค์ข้อ 2

ตอนที่ 7 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่นำไปพัฒนาปรับปรุงโครงการ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มหน่วยงานที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มหน่วยงานสังกัดโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 42.11 รองลงมาเป็นกลุ่มหน่วยงาน NGO และเอกชน และกลุ่มหน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ และจำนวนโครงการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังคงเป็นกลุ่มหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 14 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 43.75

กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากหน่วยงานทั้ง 19 หน่วยงาน จาก 32 โครงการ มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 3,366 คน โดยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model มีคะแนนอยู่ในระดับดีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 1 ดังนี้

2.1 คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อโครงการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม และการแปลผลจำแนกตามการประเมินทั้ง 4 ด้าน พบว่า

- ผลการประเมินด้าน**บริบทโครงการ** โดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5) เรียงลำดับผลการประเมินได้จากมากไปหาน้อยได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการจำนวน 32 คน กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 128 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาจำนวน 29 คน มีคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมินเรียงลำดับคือ 3.61, 3.59 และ 3.58 ตามลำดับ (คะแนนความคิดเห็นอยู่ในช่วง 1-4 คะแนน)

- ผลการประเมินด้าน**ปัจจัยนำเข้า** โดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5) เรียงลำดับผลการประเมินได้จากมากไปหาน้อยได้แก่ กลุ่มผู้บังคับบัญชา กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มหัวหน้าโครงการ คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินเรียงลำดับคือ 3.59, 3.54 และ 3.53 ตามลำดับ

- ผลการประเมินด้านกระบวนการโดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5) เรียงลำดับผลการประเมินได้จากมากไปหาน้อยได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินเรียงลำดับคือ 3.60, 3.54 และ 3.49 ตามลำดับ

- ผลการประเมินด้านผลลัพธ์โดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5) เรียงลำดับผลการประเมินได้จากมากไปหาน้อยได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มหัวหน้าโครงการ คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินเรียงลำดับคือ 3.65, 3.61 และ 3.53 ตามลำดับ

- ผลการประเมินภาพรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.5) เรียงลำดับผลการประเมินได้จากมากไปหาน้อยได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มหัวหน้าโครงการ คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินเรียงลำดับคือ 3.59, 3.56 และ 3.55 ตามลำดับ

2.2 ความคิดเห็นที่มีต่อโครงการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม พบว่า

- ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการ 128 คน พบว่า ผลการประเมินทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.50 หรือเกินร้อยละ 87.5 สามารถเรียงลำดับคะแนนการประเมินจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านผลลัพธ์ (Product) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านบริบท (Context) และด้านปัจจัยนำเข้า (Input) และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.60, 3.59 และ 3.54 ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 91.25, 90.00, 89.16 และ 88.60 ตามลำดับ

- ความคิดเห็นของหัวหน้าโครงการ 32 คน พบว่า ผลการประเมินทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.50 หรือเกินร้อยละ 87.5 สามารถเรียงลำดับคะแนนการประเมินจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านบริบท (Context) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลลัพธ์ (Product) และด้านปัจจัยนำเข้า (Input) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61, 3.54, 3.532 และ 3.530 ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 90.37, 88.70, 88.31 และ 88.25 ตามลำดับ

- ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 29 คน พบว่า ผลการประเมินทุกด้านโดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.50 หรือเกินร้อยละ 87.5 สามารถเรียงลำดับคะแนนการประเมินจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านผลลัพธ์ (Product) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านบริบท (Context) และด้านกระบวนการ (Process) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61, 3.59, 3.58 และ 3.49 ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 90.45, 89.80, 89.66 และ 87.45 ตามลำดับ

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมิน 4 ด้านตาม CIPP Model ที่มีต่อการดำเนิน

โครงการระหว่างคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการและผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ให้คะแนนการประเมินในด้านบริบทโครงการ (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลลัพธ์ (Product) และภาพรวมการประเมิน ไม่แตกต่างกัน แสดงว่า มีความคิดเห็นต่อโครงการที่สอดคล้องกันไปทิศทางเดียวกันทั้ง 3 กลุ่ม

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self พบว่า

ภายหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนพฤติกรรม 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ตามสมมติฐานข้อ 3 พบว่า

ภายหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนพฤติกรรมการบริหารร่างกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิดต่อโครงการ การปฏิบัติด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 และมีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ความดันโลหิตล่าง (Diastolic) รอบเอว น้ำหนักตัว ค่าBMI ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ยกเว้นตัวชี้วัด ด้านไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งมีระดับไขมันสะสมในร่างกาย ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งส่วนใหญ่สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3

ตอนที่ 5 ระดับความพึงพอใจที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ภายหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนความพึงพอใจที่มีต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 76.16 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 4

ตอนที่ 6 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 ได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรอิสระ – ปัจจัยนำเข้า (Input)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification)
ด้วยหลัก PROMISE

Positive reinforcement - การเสริมแรงทางบวก
Result based management - บริหารเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน
Optimism - การมองโลกแง่ดี
Motivation - การสร้างแรงจูงใจ
Individual or client center - การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
Self- esteems - การสร้างคุณค่าในตนเอง

ผลลัพธ์ที่ได้ (Product)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

1. การดูแลตนเอง (Self care)
2. มีการกำกับตนเอง (Self regulation)
3. ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self efficacy)

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่ดีขึ้น
BP, ผลการตรวจเลือด

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ดีขึ้น
BMI, รอบเอวลดลง, สมรรถนะร่างกาย

กระบวนการ (Process)

รูปแบบกิจกรรม มีความหลากหลายอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4- 7 เดือน

1. การมีส่วนร่วมสร้างความตระหนักร่วมในปัญหาสุขภาพของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. อบรมให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ตรง หรือจากตัวแบบที่ดี
3. จัดกิจกรรมฐานเพื่อสุขภาพ เช่น คลายเครียด ออกกำลังกาย โภชนาการ สร้างคุณค่าในตนเอง ฝึกลงบันทึกร่างกายตนเอง เป็นต้น
4. ให้คำปรึกษารายกลุ่ม / รายบุคคล
5. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน
6. กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
7. สร้างแรงจูงใจ สร้างพลังอำนาจในตนเอง
8. ให้การเสริมแรงให้กำลังใจให้คำชมเชย ให้รางวัล ให้ข้อมูลสิ่งของ
9. เล่นเกม ประกวด แข่งขัน
10. จัดอบรมปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผน ดำเนินการและประเมินผล
11. การเข้าค่าย ฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง
12. การสร้างผู้นำสุขภาพ
13. การบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวม
14. กิจกรรมวิเคราะห์ตนเอง ประเมินตนเองและให้ข้อมูลย้อนกลับ
15. กิจกรรมกลุ่มและการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมแก้ปัญหา
16. จัดตั้งกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่ม
17. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ฯลฯ

ผลที่ได้ (Outcome)

1. ผู้รับบริการ
 - ความพึงพอใจต่อโครงการ
 - ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต่อ
 - ให้คำแนะนำผู้อื่นต่อในด้านการดูแลสุขภาพ
 - ได้เครือข่ายการดูแลสุขภาพตนเองและกลุ่ม
2. หัวหน้าโครงการ
 - สร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - มีทักษะบริหารจัดการโครงการเพิ่มขึ้น
 - มีความต้องการดำเนินโครงการต่อ
3. ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
 - ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการของหัวหน้าโครงการและคณะทำงาน
 - โครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
 - หน่วยงานเป็นที่ประจักษ์ต่อบุคคลทั่วไป
 - ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนทำโครงการต่อเนื่อง
4. มศว ได้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมสุขภาพ มากขึ้น
5. สปสช. ได้ประชาชนที่มีพฤติกรรมกำกับและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องมีความสุขเพิ่มขึ้น และลดปริมาณและค่าใช้จ่ายการรักษาที่ไม่จำเป็นลง

ภาพประกอบ 20 กรอบแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 7 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่นำไปพัฒนาปรับปรุงโครงการ

ปัจจัยที่ทำให้โครงการสำเร็จในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยนำเข้า (Input) (ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนผู้แสดงความคิดเห็น)

ด้านทรัพยากรและสภาพแวดล้อม

1. ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ กรุงเทพมหานครในการดำเนินโครงการ (32)
2. ได้รับการสนับสนุน ในด้านการใช้สถานที่เพื่อจัดกิจกรรม การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ รับสมัครกลุ่มเป้าหมาย (7)
3. แนวนโยบายที่กำหนดให้มีการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลและสปสข.ที่มีให้กับประชาชน (6)
4. สื่อการสอน เป็นสื่อที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจง่าย ทั้งสื่อที่ใช้ในการบรรยาย สื่อภาคปฏิบัติ คู่มือสุขภาพ รวมถึงเทคนิคการสอนที่เป็นกันเอง เข้าใจง่าย ผู้เข้ารับบริการสามารถนำไปปฏิบัติและปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง โดยไม่กระทบต่อวิถีชีวิตปกติมากนัก มีผลให้ผู้เข้ารับบริการมีกำลังใจ ในการปฏิบัติต่อเนื่องได้อย่างสบายใจ (1)
5. ด้านงบประมาณ และด้านเครื่องมือ ในโครงการได้สนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาเสริมกิจกรรม เช่น ให้ผู้เข้าอบรมตรวจสุขภาพด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (Body composition) และให้ผู้เข้าอบรมพกเครื่องนับก้าวเดินเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (1)

ด้านบุคคลและสังคม

6. ได้รับความรู้แนวทางการบริหารโครงการ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (25)
7. กลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยงเห็นความสำคัญของสุขภาพ และประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการจึงเข้าร่วมโครงการ และปฏิบัติตามกิจกรรมด้วยดี (15)
8. ผู้บริหารหน่วยงาน ให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการให้พนักงานมาเข้าร่วมโครงการฯ ผู้บริหารระดับสูงมาเข้าร่วมโครงการด้วย ทำให้เป็นที่ยอมรับตลอดจนกระตุ้นให้การดำเนินโครงการบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว และผู้บริหารควรมีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของ

9. ได้รับการสนับสนุนจากวิทยากรที่มีความสามารถในการฝึก และคณะวิทยากรมีความเข้าใจถึงปัญหา และความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดี (8)

10. การแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับเพื่อน และการกระตุ้นเตือนด้วยรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ตระหนักคิดได้ด้วยตนเอง และให้กลุ่มรับฟัง ตระหนักคิดร่วมกัน ปรับการดูแลตนเองต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยการให้แต่ละกลุ่มเล่าประสบการณ์ในการกลับไปปฏิบัติตน และให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จมาเล่าถึงเคล็ดลับหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ พร้อมกันนั้นมีการมอบรางวัลแก่ผู้ที่ประสบความสำเร็จ และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการทำต่อเนื่องโดยการให้ทีม/กลุ่มจัดแข่งขันในชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม (7)

11. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดำเนินการทุกคนกับผู้เข้าร่วมโครงการ (7)

12. ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการ หัวหน้าภาควิชา เพื่อนร่วมงาน และอาจารย์ในภาควิชาฯ และอาจารย์ภาควิชาต่าง ๆ ที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงานในการให้กำลังใจ คำปรึกษา ให้เอื้อเวลา และสถานที่ในการปฏิบัติงานบริหาร โครงการ การจัดกิจกรรม และอนุมัติให้อาจารย์ของวิทยาลัยฯ เป็นกรรมการในการดำเนินโครงการ (6)

13. คณะทำงาน และทีมวิทยากรให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมโครงการเป็นอย่างดี (5)

14. ด้านบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เจ็บป่วย ต้องตระหนักว่าปัญหาสุขภาพของตนถึงเวลาที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเล็งเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง (1)

15. ความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ทำให้โครงการ (ทั้งผู้ป่วย/ญาติ) ที่เคยเผชิญภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วย แล้วรอดชีวิตมาได้ (1)

ปัจจัยกระบวนการ (Process)

16. รูปแบบกิจกรรมของโครงการ การมีรูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปฏิบัติซ้ำอยู่เสมอ จึงทำให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจในความรู้ที่ได้รับ และได้ทดลองปฏิบัติทุกครั้งที่ร่วมกิจกรรม ผู้เข้ารับบริการจึงมีความมั่นใจ มีความมุ่งมั่น และเพิ่มความท้าทายต่อผลของการปฏิบัติให้สำเร็จ และได้รับการให้กำลังใจ กระตุ้นและเกิดการติดตาม และแก้ไขปัญหาลักษณะอย่างต่อเนื่องเป็นครั้ง ๆ ไป รวมถึงมีการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่น่าสนใจและเหมาะสมกับวัยที่สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการนำกลับไปปฏิบัติต่อได้โดยไม่ยุ่งยาก (7)

17. สปสข. ดำเนินตามนโยบายของรัฐบาลซึ่งได้ปรับเปลี่ยนและผลักดันให้นโยบายออกมาเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้เป็นศูนย์กลางการแก้ปัญหาของตนเอง และมีการกำหนดรูปแบบของสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่จะรับและส่งต่อ ซึ่งถือว่าการแก้ปัญหาที่มีความเข้มข้นเพิ่มขึ้น (5)

18. การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล ซึ่งอาจเป็นการแข่งขันชิงรางวัลเดี่ยว รางวัลคู่ และรางวัลกลุ่ม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการแข่งขัน ช่วยเหลือ ตักเตือน ให้กำลังใจ และการกระตุ้นเพื่อนร่วมกลุ่มของตัวเอง ให้ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นทั้งรางวัลให้ตนเองมีสุขภาพดี และได้สิ่งของเป็นรางวัลเสริมแรงเชิงบวกให้ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง (4)

19. การเปิดช่องทางเพื่อให้โทรศัพท์สอบถามข้อมูล และเปิดช่วงนอกเวลาให้ร่วมกิจกรรม และจัดตั้งเป็นกลุ่มต่อเนื่อง (4)

20. การสร้างพลังให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักเห็นคุณค่าในตนเองและร่วมวิเคราะห์ข้อมูลตนเอง สิ่งแวดล้อม ข้อมูลความรู้อย่างง่าย และกระตุ้นการนำไปใช้กำกับตนเองโดยการให้ข้อมูลความรู้และกิจกรรม ออกกำลังกายอามณ์รูปแบบง่าย ๆ นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ได้ เหมาะสำหรับบุคคลทั่วไปที่ไม่ต้องมีระดับความรู้มากนัก (3)

21. การจัดหลักสูตรการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์ใช้เทคนิคและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ทำให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติของผู้เข้าร่วมอบรม และการสร้างความเชื่อมั่น ความสามารถของตนเองเพราะเห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ รวมถึงเทคนิคการให้ความรู้ การให้ความรู้แบบบรรยายแบบมีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีความหลากหลายของสื่อภาคปฏิบัติ รวมถึงกิจกรรมหยรษา ทำให้ผู้เข้ารับบริการรู้สึกเป็นกันเอง สนุกสนานในการเรียนรู้ ไม่น่าเบื่อ และมีแรงจูงใจให้อยากรู้อีกต่อ ๆ ไปตามโปรแกรม (1)

22. การสร้างทักษะและการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติ (1)

23. การสื่อสารกับผู้เข้าร่วมโครงการโดยการอธิบายวิธีการถึงผลดี ผลเสีย และประโยชน์ ซึ่งข้อมูลที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ตัดสินใจ ยินยอมลงชื่อ เขียนพันธะสัญญารายบุคคลไว้เพื่อเป็นหลักฐาน (1)

ผลผลิตและผลลัพธ์ (Product)

24. การรับรู้ข่าวสารผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการและได้เห็นผลด้วยตนเอง (1)

25. การทำการทดลอง Pre-test และ Post-test โดยใช้แบบสอบถามที่จัดให้ และมีการประเมินคัดกรองสุขภาพก่อนการเข้าร่วม เพื่อนำมาจัดกลุ่ม ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลดี (1)

26. อานิสงค์ของการที่ได้ทำบุญ กรวดน้ำ ปฏิบัติธรรมร่วมกัน แม้เพียงระยะสั้น ๆ ในแต่ละครั้ง แต่เป็นการสร้างคุณงามความดีร่วมกัน ทำให้จิตใจเบิกบาน มีการเสียสละ ฝึกการเป็นผู้ให้ที่ดี ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าต่อผู้อื่น (1)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนติดภารกิจในเรื่องการทำงาน และมีเวลาว่างต่างกัน การจัดอบรมให้สถานที่ภายในหน่วยงาน และจัดอบรมในวันราชการทำให้สมาชิกเข้ารับการอบรมไม่ต่อเนื่อง และบางครั้งถูกต้นสังกัดติดตามตัวไปปฏิบัติงานด้านอื่น ทำให้ไม่สามารถร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม และมาตามเวลานัดหมายได้ทุกครั้ง แต่แก้ไขโดยมีการติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำ ปรึกษา และประเมินภาวะสุขภาพที่บ้านแทน (17)

2. เรื่องงบประมาณ เช่น เงินงวดแรก 40% เบิกได้ล่าช้า งบประมาณถูกแบ่งจ่ายเป็น 3 งวด (40% - 40% - 20%) และเงินงวดสุดท้าย 20% จ่ายให้ภายหลังสิ้นสุดโครงการ ทำให้งบประมาณที่ได้ไม่พอดำเนินการต้องสำรองจ่ายไปก่อน และมีความล่าช้า (10)

3. กำหนดเวลาในการอบรมในกลุ่มประชาชนต้องมีการปรับเวลาการเรียนการสอนอยู่ตลอดเวลาเพราะการอบรมมีการจัดกลุ่มให้เป็นทีม และทีมจะต้องช่วยเหลือกันตลอดเวลา และบางกลุ่มขาดสมาชิกเป็นจำนวนมากกว่าครึ่ง วิทยากรจึงต้องรอผู้เข้าอบรม เวลาในการอบรมให้ความรู้และกิจกรรมฐานยังไม่เหมาะสมนัก การจัดกิจกรรมในวันหยุดเสาร์/อาทิตย์ ผู้รับบริการบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้(7)

4. การประชาสัมพันธ์โครงการไม่สามารถทำได้เต็มที่ และการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนดำเนินหลายครั้ง อาจทำให้กลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดทั้งโปรแกรม (4)

5. การลงบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม BPPDS บางครั้งต้องลงซ้ำซ้อน ทำให้เสียเวลาในการลงบันทึกและข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่สามารถบันทึกข้อมูลคัดกรองความเสี่ยงในโปรแกรม BBPDS ได้ (4)

6. อุปสรรคด้านข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้ารับบริการต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร แก้ไขโดยให้ผู้สมัครได้เข้าร่วมโครงการทุกคน (4)

7. งบประมาณที่ได้รับน้อยกว่ารายจ่ายตามจริง เนื่องจากมีผู้เข้ารับบริการมากกว่าที่ได้ประมาณการไว้ แต่ไม่สามารถคัดผู้เข้ารับบริการเข้าในแบบรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทั้งหมด ด้วยอุปสรรคอื่น ๆ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 5 ครั้ง และงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ และกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพมีจำกัด ทำให้กิจกรรมให้ความรู้ได้ไม่มากนัก (3)

8. ผู้เข้าร่วมโครงการยังคงใช้ชีวิตชีวิตแบบเดิม และยังไม่สามารถจัดการเวลา รวมถึงภาระงานหนักทำให้เกิดการสะสมพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นเรื่องยากในการปรับเปลี่ยน (3)

9. การจัดกิจกรรมร่วมกับทีมสหสาขาในการเปิดช่องทางการสอบถามที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากอุปกรณ์เครื่องเสียงห้องตรวจไม่มีผู้สนใจสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จึงใช้สื่อทางจดหมายข่าว การประชุมอาสาสมัคร และการใช้โทรศัพท์ (3)

10. การเซ็นชื่อเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้ารับบริการมากเกินไป มีแบบฟอร์มหลายใบทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเป็นเงื่อนไข ค่อนข้างมากและทำให้กรรมการสับสน ส่วนการรายงานผลการดำเนินกิจกรรม ควรจำกัดเรื่องเอกสารให้น้อยลง เช่น การรายงานผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและรายบุคคล ควรรวมเป็นเรื่องเดียวกัน ทำให้เสียเวลาและกังวลกับเรื่องของเอกสาร (3)

11. การทำเอกสารไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุน้อยหรือเป็นผู้สูงอายุสายตาไม่ดี อ่านหนังสือไม่ค่อยออก บางคนเขียนหนังสือไม่ได้ ทำให้ไม่สะดวกในการลงบันทึกสมุดสุขภาพ และการทำแบบสอบถาม (2)

12. การลงทะเบียนข้อมูลไม่ถูกต้องเนื่องจากในการรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการบางครั้งผู้สมัครไม่ได้นำบัตรประชาชนมา ทำให้การตรวจสอบสิทธิประโยชน์เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและผู้สมัครเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทำให้ต้องรับลงทะเบียนเข้าโครงการก่อนในวันที่สมัครแต่เมื่อมาติดตามภายหลัง บางครั้งพบเลขบัตรประจำตัวที่ให้ไม่ตรงกับชื่อ หรือตอนช่วงลงทะเบียนบุตรหลานช่วยลงให้อาจลงข้อมูลผิด อนึ่งเจ้าหน้าที่ที่รับสมัครมีภาระงานมากไม่ได้ติดตามข้อมูลต่อเนื่องทันที เมื่อเสร็จสิ้นโครงการมาตรวจสอบสิทธิจึงพบปัญหาว่าตรวจสอบสิทธิไม่ถูกต้องและเป็นปัญหาในการลงรายงานข้อมูล (2)

13. ในบางกิจกรรมที่กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กเล็ก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลานาน เช่น การฝึกทักษะการควบคุมตนเอง แต่เนื่องจากเด็กนักเรียนต้องรีบไปจดการบ้าน ทำให้การดำเนินกิจกรรมในบางครั้งต้องรวบรัด ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ (2)

14. คณะทำงานมีจำนวนน้อยและระยะเวลาจำกัด แต่ต้องดำเนินกิจกรรมเองทุกอย่าง รวมถึงการใช้เวลานานอกเหนือจากงานประจำเพื่อมาติดตามผู้รับบริการทางโทรศัพท์ (2)

15. ผู้เข้าร่วมโครงการบางคนไม่ใส่ใจในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 self ที่กำหนดไว้ กลุ่มเป้าหมายบางคนยังไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตน ทำให้การจัดกิจกรรมกระตุ้นกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความตระหนักจึงเป็นเรื่องยาก รวมถึงผู้เข้าร่วมโครงการมีความเบื่อหน่าย และไม่มีเวลาให้กับตนเองในการเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง (1)

16. จำนวนผู้เข้าอบรมมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด และเวลาในการศึกษาที่จำกัด ซึ่งส่งผลให้จำนวนครั้งของการอบรมต้องเพิ่มขึ้น ผลของการเพิ่มจำนวนทำให้ค่าใช้จ่ายในการติดตามและประเมินผลลัพธ์เพิ่มสูงขึ้น และบางครั้งกลุ่มเป้าหมายไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องทำให้สูญเสียงบประมาณไปโดยเปล่าประโยชน์ (1)

17. การบริหารจัดการในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ ภายหลังจากอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ของผู้เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่องหรือทำได้ไม่ครบทุกกิจกรรมเนื่องจากไม่สามารถนัดให้ทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมในวันที่กำหนดได้เพราะแต่ละคนมีภารกิจในการทำงานไม่เหมือนกัน ส่วนภาคประชาชนต้องเดินทางบางรายมีอายุมากไม่สามารถเดินทางมารับบริการตามลำพังได้ต้องรอลูกหลานพามา และประชาชนมาจากหลากหลายที่ไม่ได้อยู่ใกล้กันการที่จะให้เพื่อนช่วยเพื่อนหรือเดินทางร่วมกันมาได้ ทำให้ไม่ต่อเนื่อง และการพบปะสังสรรค์ไม่สามารถทำได้ครบถ้วน (1)

18. การประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความยุ่งยากเนื่องจากบางกิจกรรมต้องใช้เวลาราชการในการติดตาม และหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่ผู้เข้าร่วมโครงการให้ไว้ในการติดตามไม่สามารถติดต่อได้ในบางราย เนื่องจากมีการมีการเปลี่ยนแปลงหมายเลข (1)

19. มีความยุ่งยากใจในการลงบันทึกหมวดงบประมาณรายจ่าย เนื่องจากไม่มั่นใจในคำจำกัดความของหมวด เช่น ค่าวัสดุ ค่าใช้สอย ค่าจ้างค่าตอบแทน (1)

20. การรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ มีความล่าช้ากว่ากำหนดเล็กน้อย ทำให้ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับมีน้อยกว่าที่กำหนด (1)

21. สถานที่และบรรยากาศการดำเนินโครงการไม่เอื้อต่อการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ (1)

22. ผู้จัดโครงการฯ ไม่มีประสบการณ์มาก่อนจึงไม่มีชำนาญพอในการวางแผนจัดกิจกรรม (1)

23. มีการตรวจผลเลือดเพื่อวัดระดับ คลอเรสเตอรอล และน้ำตาลในระยะ “ก่อน” และ “หลัง” การเข้าร่วมโครงการนั้น ได้ทำการตรวจกันคนละหน่วยงานเป็นข้อจำกัดของการศึกษา ทำให้มีวิธีการที่แตกต่างกันอาจมีผลให้ระดับค่าควบคุมเปลี่ยนไปซึ่งกระทบกับการแปลผล (1)

24. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความหลากหลายและส่วนใหญ่ต้องร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย ซึ่งอาจมีความไม่พอใจเกิดขึ้น รวมถึงหลายคนคาดหวังต่อการได้รับสิ่งของตอบแทนมากกว่าการได้ประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง (1)

ข้อเสนอแนะในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งต่อไป

1. การแบ่งจ่ายงบประมาณควรแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด คือ 70% : 30% หรือ 80% : 20% เนื่องจากงบประมาณในการดำเนินการส่วนใหญ่จะต้องใช้ในระยะแรก และควรจ่ายเงินงวดสุดท้ายให้เลยเพื่อใช้ในการดำเนินการก่อนสิ้นสุดโครงการ ส่วนรายงานนั้นมีสัญญาเป็นตัวกำหนดอยู่ให้ส่ง ไม่อย่างนั้นจะผิดสัญญา (6)
2. การเสริมพลัง การสร้างแรงจูงใจของกลุ่มเป้าหมาย หรือการทบทวนความรู้ ควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและจัดตั้งเป็นชมรม เนื่องจากพบว่าช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องในระยะเวลาใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับสมาชิกด้วยความสนใจ (6)
3. ในรายงานผลของโครงการไม่ควรเปิดเผยชื่อ-สกุล ผู้เข้าโครงการและผลต่าง ๆ ควรให้มีการใช้เลขรหัส เพราะกลุ่มเป้าหมายจะได้รับคำอธิบายจากผู้ดำเนินการถึงการเสนอผลโดยรวม หรือผลแต่ละบุคคลโดยไม่แจ้งชื่อ ดังนั้นรายงานฉบับสำเนาหรือใช้เผยแพร่ของโรงพยาบาลอาจไม่มีรายชื่อ-สกุลผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อเผยแพร่ โดยเก็บข้อมูลไว้ของหน่วยงานเพื่อติดตามประเมิน (4)
4. การวางแผนการดำเนินการครั้งต่อไป ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ควรจัดอบรมเสาร์-อาทิตย์มีการกระตุ้นเตือนการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมี Case manager ช่วยดูแลการกำกับตนเอง รวมถึงมีการสอบถามและติดตามผลผู้เข้าร่วมโครงการถึงความต้องการในการให้จัดโครงการตามความสนใจเพื่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (4)
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างนั้น ต้องใช้เวลาในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี ดังนั้นคณะทำงานเห็นว่าโครงการควรได้รับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จึงทำให้สะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แท้จริง (3)
6. ควรจัดกิจกรรมที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (3)
7. ควรปรับปรุงโปรแกรม BBPDS เพื่อรองรับผู้เข้ารับบริการทุกกลุ่มอายุอย่างเหมาะสม (3)
8. ในการจัดหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรคำนึงถึงการสร้างความตั้งใจ ความมุ่งมั่น และการตั้งเป้าหมายของบุคคลที่มาจากความต้องการของเขาเอง และต้องสร้างให้เขาเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ให้ได้ก่อนที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหา ในการแก้ปัญหาก็ต้องให้เขากำหนดวิธีการกำกับตนเอง (Self regulation) ให้ได้ด้วย และสุดท้ายของผลการเกิด Self efficacy และ Self Regulation ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง สรุปคือ ต้องมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่สร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และให้เข้าถึง จึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (2)

9. ควรมีการจัดกิจกรรมเผยแพร่ประสบการณ์หรือการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วม โครงการที่ประสบความสำเร็จ (2)

10. ควรมีการจัดระบบการสื่อสารข้อมูลหรือผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ และมีจุดศูนย์กลางในการรับข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อส่งต่อไปยังเพื่อที่เข้าร่วมโครงการ กรณีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอควรจัดให้มีบุคลากรทดแทน ควรจัดทำสื่อที่สามารถเข้าใจง่าย และประยุกต์ใช้เองที่บ้านได้ เช่น การเขียนว่าผัก 1 ส่วนไม่สื่อว่าประมาณเท่าไร แต่ถ้าเขียนว่าผัก 4 ทัพพีตักข้าว จะทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนกว่า เป็นต้น และควรมีระบบการสื่อสารที่หลากหลายรูปแบบอาจนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยจัดการ เช่น การลงข้อมูลในเว็บไซต์ (Website) (2)

11. ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการและให้โอกาสแก่ผู้สนใจมีที่ทำงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพราะคนเหล่านี้จะมีกิจกรรมประจำวันอยู่ในกรุงเทพมหานครและมักมีประกันสังคมและสิทธิการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และมีหลายคนที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัดแต่เข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานคร ซึ่งคนเหล่านี้ควรได้รับสิทธิในการเข้าถึงโครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย (2)

12. ผู้นำท้องถิ่นและชุมชน ภาคประชาชนทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ และการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่พึงหลีกเลี่ยงเพื่อสร้างจิตสำนึก และจัดระบบบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิให้ชุมชน และคนไทยทุกคนต้องมีบทบาทในการเตรียมตัวในการอ้อมทรัพย์เพื่อสุขภาพไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นหลักประกันตนเองว่าเมื่อยามเจ็บป่วยจะมีระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้ 4 มาตรฐาน ไม่ควรปล่อยให้เป็นที่ของใครคนใดคนหนึ่งรับผิดชอบ (2)

13. ควรมีการปรับเปลี่ยนเวลาการจัดกิจกรรมเป็นช่วงเย็นหลังเลิกเรียนแทนวันหยุด หรือจัดกิจกรรมเข้าค่ายในช่วงปิดภาคการศึกษา(ตุลาคม) (2)

14. ควรใช้ใบเซ็นชื่อเป็นหลักฐานเพียงชุดเดียว (2)

15. ในการจัดดำเนินโครงการเพื่อวางรูปแบบการดำเนินโครงการกับกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผู้จัดทำโครงการเห็นว่าควรจัดกลุ่มเป้าหมายให้มีความพอเหมาะกับผู้เข้าร่วม และระยะเวลาดำเนินการ (2)

16. ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อประเมินผลจากการเจาะเลือดที่พิเศษออกไป ได้แก่ HbA_{1c} ควรเบิกจ่ายในงบสนับสนุน สปสช.นี้ได้ เพื่อประเมินก่อนหลังจากค่าน้ำตาลสะสมได้ เพราะหากเป็นงบของโรงพยาบาลอาจทำให้ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินไป สำหรับโครงการนี้จึงคาดว่าจะเก็บข้อมูลค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ของผู้ป่วยที่เข้าอบรมมีการปฏิบัติตนที่ดี เพื่อดูแลและเป็นต้นแบบต่อไป (2)

17. การสอนวางแผนดูแลตนเอง ในระดับประชาชนอาจต้องปรับรูปแบบวิธีการสื่อความรู้ เช่น กลวิธีการวางแผนที่วิทยากรอาจต้องเป็นผู้ชี้แนะ (Advocacy) (1)

18. การจัดกิจกรรมควบคุมน้ำหนักต้องจัดกิจกรรมที่มีทั้ง 3 พฤติกรรมไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ อารมณ์ นั่นคือ กิจกรรมสร้างความตั้งใจ มั่นใจ ความเชื่อมั่น มุ่งมั่น กิจกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม ครบสัดส่วน กิจกรรมการออกกำลังกายที่จัดแล้วมีโอกาสที่จะปฏิบัติจริงได้ (1)

19. โรงพยาบาลควรมีระบบจำหน่ายอาหารสุขภาพ ที่มีการคำนวณแคลอรีของอาหารกำกับไว้ ให้สะดวกกับเจ้าหน้าที่และประชาชนที่ต้องการจะซื้อเพราะมีปัญหาไม่มีเวลาหรือลักษณะของการทำงานหรือมีวิถีชีวิตที่ใช้การซื้ออาหารมารับประทานไม่สามารถทำอาหารรับประทานเองได้ซึ่งจากการดำเนินโครงการพบปัญหานี้เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการต้องการที่จะรับประทานอาหาร 1,000 แคลอรี ต่อเนื่องจาก 10 วัน ที่จัดไว้ให้ในโครงการ เพราะใน 10 วัน ผู้ที่มีภาวะ BMI > 30 หรืออ้วนที่ถูกดึงไขมันสะสมในเซลล์มาใช้มาก ๆ ใช้น้ำหนักได้สูงสุด 3 กิโลกรัมเท่านั้นแต่เมื่อประสงค์จะลดน้ำหนักต่อเนื่องให้เข้าสู่เกณฑ์ที่ต้องการ ไม่สามารถหาซื้ออาหารที่อยู่รอบ ๆ โรงพยาบาล ที่ครบสารอาหารในแต่ละมื้อมารับประทานได้ โครงการจึงประสานงานในการจัดอาหารขายแต่เป็นการขออนุญาตเฉพาะช่วงดำเนินโครงการเท่านั้น (1)

20. โรงพยาบาลควรนำรูปแบบกิจกรรมโครงการไปบูรณาการเข้ากับระบบการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ปวดเข่า เพราะผลของโครงการผู้ที่มีภาวะโรคร่วมไม่ว่าจะเป็นเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูงสามารถที่จะควบคุมภาวะของโรคได้ เช่น น้ำตาลในเลือดลดลง ไขมันในเลือดลดลงและความดันโลหิตก็ลดลง (1)

21. โทรศัพท์ติดตามสุขภาพ นัดชั่งน้ำหนักตัว และซักถามและตอบปัญหาสุขภาพและโภชนาการกับผู้ที่ไม่ได้เข้ารับบริการภายใน 1 สัปดาห์ หลังวันที่จัดกิจกรรมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ จะไม่นำมานับจำนวนผู้เข้ารับบริการ แก้ไขโดยรับสมัครคนเข้ารับบริการเพิ่มรุ่นต่อไป (1)

22. ควรเพิ่มงบประมาณพิเศษเพื่อโครงการในชุมชนและ โครงการที่รับสมัครจากผู้สนใจทั่วไปที่ไม่สังกัดหน่วยงานรัฐหรือเอกชน ซึ่งมักมีปัญหาการควบคุมจำนวนผู้เข้ารับบริการในแต่ละครั้ง อาจแก้ไขได้หากมีของสมนาคุณที่มีความดึงดูดใจมากพอต่อผู้เข้ารับบริการในการเข้ามาใช้บริการครบทุกครั้ง (1)

23. ควรเปิดให้จัดอบรมนอกสถานที่ที่ผู้เข้ารับการอบรม เพราะสามารถอยู่ร่วมกิจกรรมได้ตลอด (1)

24. ด้านเนื้อหา รูปแบบ และทีมวิทยากรควรได้รับการพัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น (1)

25. ควรเพิ่มงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมให้สามารถจัดได้หลายครั้ง เพื่อให้ความรู้ในการกระตุ้นเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (1)
26. สร้างขวัญและกำลังใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนการออกกำลังกายร่วมกันเป็นหมู่คณะ และสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ด้วยตนเอง (1)
27. ผู้บริหารโครงการควรลดเอกสารรายงานผลการประเมินให้น้อยลง เพื่อผู้จัดโครงการจะได้ลดความกังวลและใช้เวลาส่วนใหญ่กับการคิดสร้างสรรค์เรื่องกิจกรรมให้มากขึ้น (1)
28. ควรมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาช่วยเป็นอาสาสมัคร เพื่อแนะนำหรือช่วยเหลือผู้อื่นต่อ (1)
29. ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในองค์กรเดียวกันและหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานที่เดียวกัน เพื่อช่วยให้เกิดการติดต่อประสานงานและติดตามผลเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ (1)
30. ควรมีการชี้แจงให้หัวหน้าหน่วยงานได้รับทราบและขอความร่วมมือจากบุคลากรกลุ่มงานอื่นให้มาช่วยงานเป็นครั้งคราวหากมีผู้ดำเนินกิจกรรมไม่เพียงพอ (1)
31. ควรมีการปรับกิจกรรมให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมพร้อมทั้งระบุนกติกากลุ่มเพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบ และมีความต่อเนื่องของกิจกรรม (1)
32. คณะทำงานควรมีการวางแผนล่วงหน้าเป็นอย่างดี และพร้อมเสมอในการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขสถานการณ์ (1)

แนวทางพัฒนาและแนวทางดำเนินโครงการต่อเนื่อง

1. ติดตามประเมินผลโครงการต่อเนื่องระยะยาว (3 เดือน 6 เดือน 1 ปี) และวางแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบต่อเนื่องโดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน โดยจัดทำเป็นแผนงานของหน่วยงาน (10)
2. จัดดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดีแล้วให้ครบถ้วนให้มีความต่อเนื่อง ควรมีโครงการต่อเนื่องในปีต่อไป สำหรับชุมชนหรือหน่วยงานที่เคยได้รับการ เพื่อติดตามผลและเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ และเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้เคยรับบริการให้ดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบริการในชุมชนหรือหน่วยงานที่เคยรับบริการเพื่อเปิดโอกาสสำหรับผู้สนใจแต่ไม่ได้เข้ารับบริการในปีที่ผ่านมา เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายชุมชนสุขภาพดีหรือหน่วยงานสุขภาพดี (9)
3. นำความรู้ประสบการณ์จากผู้เข้าร่วมโครงการและการดำเนินโครงการจัดทำเป็นองค์ความรู้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป และ

4. นำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการในครั้งนี้ออกเผยแพร่ให้กับผู้ร่วมวิชาชีพพยาบาล ทีมสุขภาพ และนักศึกษา (3)

5. การสร้างแนวร่วมหรือสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มประชาชนที่ประสบความสำเร็จจากโครงการฯให้ร่วมกันจัดทำ “ชมรม...” เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนที่มีปัญหาและแสวงหาวิธีการรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือแก้ปัญหาแบบพึ่งพาตนเอง (3)

6. เสนอข้อมูลความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนในการให้โรงพยาบาลจัดจำหน่ายอาหารสุขภาพ พร้อมทั้งบอกค่าแคลอรีของอาหารและมีระบบการรักษาโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมการกินในรูปแบบของ “คลินิกโภชนบำบัด” ที่มีการนัดมาพบเพื่อประเมินการดูแลตนเองตามแผนการรักษาด้วยโภชนาการอย่างต่อเนื่อง จนควบคุมโรคได้ในกลุ่มที่สามารถรักษาด้วยโภชนบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และจัดให้มีการคัดเลือกอาหารที่มีสุขภาพ และกำหนดให้ร้านค้าที่ประกอบการด้านอาหารต้องมีความรับผิดชอบในด้านคุณค่าของอาหารและภาวะโภชนาการ จึงควรจัดอบรมให้ผู้ประกอบการร้านอาหารในสถานที่ทำงานให้มีจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการประกอบหรือปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ (3)

7. จัดให้มีประชุมต่อเนื่องของสหสาขาวิชาชีพ และชมรมผู้ป่วยเบาหวานคณะทำงานอาสาสมัครศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด เพื่อความเข้าใจ และปรับรูปแบบกิจกรรมร่วมกัน (3)

8. ควรเปิดช่วงเวลาซักถาม ขอรับคำปรึกษา เกี่ยวกับโรค อาหาร การฝึกกิจกรรมการออกกำลังกายนอกเวลา หรือมีการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้เชิงรุกเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เต็มเวลา (3)

9. มีการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนวันเวลาให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย (3)

10. กำหนดเป็นนโยบายและกลยุทธ์ของหน่วยงาน ในด้านคุณภาพชีวิต สนับสนุนให้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาคมขององค์กร โดยมีแกนนำที่ได้รับการอบรมแล้วเป็นพี่เลี้ยง (2)

11. เอกสารและสื่อ คู่มือ ควรมีหลากหลายเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักเรื่องสุขภาพ และสื่อภาคปฏิบัติที่เคยนำมาใช้แล้วได้ผลดี ต้องสร้างให้คงทนถาวรเพื่อให้ใช้ได้หลายครั้ง (2)

12. ภายหลังสิ้นสุดโครงการแล้ว หากผู้เข้าร่วมโครงการยังสามารถดูแลตนเองได้ดีควรได้รับการติดตามเมื่อมาตรวจตามนัดได้อย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้เป็นกลุ่มที่สามารถให้คำแนะนำแก่

13. ควรติดตามผลจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการเดิมทุก 3-6 เดือน เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (2)

14. มีการตั้งเป็นชมรมคนรักสุขภาพ และมีการจัดกิจกรรมให้ได้พบปะแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (2)

15. ควรมีการจัดทำกิจกรรมในลักษณะอบรมเชิงปฏิบัติการและติดตามประเมินผลสำหรับคน ที่มีปัญหาด้านสุขภาพเป็นกลุ่มโรค และเปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพได้แสดงบทบาทและเสนอ ความคิดเห็นในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมถึงการประยุกต์นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการ ติดตามประเมินผลและจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (2)

16. ให้มีการจัดสรร อุปกรณ์เครื่องเสียงสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม และควรจัดตารางการสอน ของทีมสหสาขาและอาสาสมัครไว้อย่างชัดเจน (2)

17. ทำการวิจัยโดยการศึกษาประสิทธิผลโครงการภายใต้หลักการประเมินผลโครงการแล้วว่ามี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำพฤติกรรมนั้น ไปปฏิบัติต่อเนื่องหรือไม่ และมีปัจจัยอะไรที่ทำให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ยั่งยืน และไม่ยั่งยืน (1)

18. ในการพัฒนารูปแบบการรักษาโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม ควรนำหลักการของ 3 SELF PROMIS ไปใช้ (1)

19. ทำการวิจัยโดยศึกษาความแตกต่างของปัจจัยสาเหตุและความสำเร็จในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคอ้วนระหว่าง เพศหญิง และเพศชาย (1)

20. การรับบริการต้องเพิ่มจำนวนผู้รับบริการให้ขยายวงกว้างออกไปในชุมชนหรือหน่วยงาน ที่เคยได้รับบริการ และต้องเปิดโอกาสให้แก่ผู้มีภูมิปัญญาในต่างจังหวัดแต่อาศัยและทำงานในหน่วยงาน ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่สนใจดูแลสุขภาพหรือผู้มีปัญหาสุขภาพอันมีสาเหตุจากโรคทาง พฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง (1)

21. การให้บริการต้องปรับปรุงการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการมาร่วมกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อลด เวลาทำงานของผู้ให้บริการ ลดค่าใช้จ่ายบบในด้านการใช้โทรศัพท์ และทำให้โครงการมีผลสำเร็จเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ควรขยายการให้บริการสุขภาพกับกลุ่มใหม่ที่มีความเสี่ยงสูงให้มากขึ้น (1)

22. สร้างทีมวิทยากรให้เข้มแข็งและมีความเป็นมืออาชีพในหน่วยงานตนเอง (1)

23. ควรเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายให้มีความหลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค กลุ่มประชาชน ในชุมชน เป็นต้น (1)

24. ในการดำเนินการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น แม้สิ้นสุดโครงการฯ แล้ว ทางหน่วยแนะแนวและปรึกษาปัญหาสุขภาพ ยังคงดำเนินการติดตามให้กำลังใจ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ต่อ ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพจนครบ 1 ปี หรือตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการฯ แนวทางการดำเนินโครงการต่อเนื่อง (1)

25. จัดให้มีการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป และเพิ่มสมาชิก ขยายโครงการสู่ผู้ที่สนใจจะร่วมด้วย (1)

26. มีการพบปะและมีผู้นำการสอนการออกกำลังกายในรูปแบบที่ทำให้เกิดความสนใจและมีความหลากหลายในการเข้าร่วมได้ (1)

27. ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้นำองค์กรและชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกำกับดูแล และให้ความใส่ใจรวมทั้งเป็นผู้นำทางสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติตน (1)

28. ควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการเพิ่ม ไปยังกลุ่มบุคคลต่าง ๆ (1)

29. ควรดำเนินการเชิงรุก เช่น การกำหนดรางวัลให้กับผู้ที่สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของโครงการ (1)

30. การดำเนินโครงการในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลายแตกต่างกัน การจัดกิจกรรมในโอกาสต่อไปควรแยกกลุ่มเป้าหมายตามโรคต่าง ๆ อย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแนวทางปฏิบัติได้ (1)

31. เนื่องจากเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ดังนั้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมควรมีความสมัครใจและมีความเข้าใจ รวมถึงมีการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างผู้สอนและผู้ร่วมกิจกรรม (1)

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา จันทรฉาย. (2549). การทำก๊อปปี้ตนเองเพื่อลดการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษา
โรงเรียนบำรุงวิทยานบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (วท.ม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ
เอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีไอโรติกเคิล. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
(เภสัชกรรมคลินิก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรกวรรณ สุพรรณวรรณษา. (2544). การวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีและกลวิธีการเผชิญปัญหา ของ
นิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรรณิการ์ กันธรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ
อนามัยกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของ
นักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

เกศแก้ว สอนดี. (2548). ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวความคิดการควบคุมตนเองในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก ของนักเรียนที่
มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2544). อยู่กับเด็ก ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.ที. พริน.

ขวัญใจ ดันดิวัฒนเสถียร. (2535). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ. รายงาน
การวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
—ครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภูเก็ต.

แคทริน เครเมอร์. (2545). เมื่อ... เร็วกว่า... นึกกว่า... ฉลาดกว่า... ยังไม่พอ. กรุงเทพฯ: เอ.อาร์. บิซิเนส
เพรส.

งามตา วนินทานนท์. (2550). ดัชนีการมีภูมิคุ้มกันทางจิต: ที่มาและความหมายขององค์ประกอบสำคัญ.
เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมปฏิบัติการนักวิจัย (รุ่นที่ 1 ครั้งที่ 4) เรื่อง “แผน
งานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนจริยธรรม ปัญญา และสุขภาพจิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” จัดโดย

- ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: ซ้าย
- ที่จัดรูปแบบ: ล่าง: 53.95 พ.
- ที่จัดรูปแบบ ... [1]
- ที่จัดรูปแบบ ... [2]
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ ... [3]
- ที่จัดรูปแบบ ... [4]
- ที่จัดรูปแบบ ... [5]
- ที่จัดรูปแบบ ... [6]
- ที่จัดรูปแบบ ... [7]
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ ... [8]
- ที่จัดรูปแบบ ... [9]
- ที่จัดรูปแบบ ... [10]
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ ... [11]

โครงการวิจัยแม่บท : การวิจัยและพัฒนากระบวนการไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) 8-11 พค. ณ สอร์ลิดีย์ อินน์ รีเจนท์ บีช ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี.

ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [12]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New

ที่จัดรูปแบบ ... [13]

จอณพะจง เพ็งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จุฑารัตน์ กิตติเชมมากร. (2550). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกายและใจ. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ที่จัดรูปแบบ ... [14]

ฉันทนา ภาคบงกช. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิด และการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [15]

ชินะพัฒน์ ชื่นแฉ่ม. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอน ตามแนวคิดการพัฒนา ความสามารถในการเรียนรู้ของไวคอตสกี ที่มีต่อทักษะทางภาษาไทย และการกำกับตนเองของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ที่จัดรูปแบบ ... [16]

ชิน เตชามหาชัย. (2546). แนวคิด มุมมอง เรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.

จิตพัฒนา สงบกาย. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ที่จัดรูปแบบ ... [17]

ที่จัดรูปแบบ ... [18]

ดวงเพ็ญ เรือนโนมน. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ที่จัดรูปแบบ ... [19]

ดารณี สืบจากดี. (2552). Stage of change-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. บทความออนไลน์ จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc. สืบค้นเมื่อวันที่ 9/03/52.

ที่จัดรูปแบบ ... [20]

ทรศนีย์ วงศ์เบา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพอากาศ 3. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.
- ที่จัดรูปแบบ ... [21]

ทิพชาติ เมฆสุวรรณ. (2541). การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ สำนักงาน กพ. สืบค้นจาก webhost.cpd.go.th/develop1/web/RBM/RBM_%201.doc

- ที่จัดรูปแบบ ... [22]

ทิวา มั่งน้อย. (2534). การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนของนักเรียนที่มีรูปแบบของการอธิบายต่างกัน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.

เทิดศักดิ์ เดชคง. (2548). มิตีบ้างใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มติชน.

- ที่จัดรูปแบบ ... [23]

ธีรศักดิ์ ธาราช. (2549). การคิดเชิงบวก. บทความจากออนไลน์ จาก http://www.michi.co.th/articles_view_health.php?articlesId=45&PHPSESSID=ba692c0b04998c17868b9e0c8e3f7feb.

- ที่จัดรูปแบบ ... [24]

นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม. (2539). จิตวิทยาชุมชน. ภูเก็ต: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, คณะ

- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

นิภา แก้วศรีงาม. (2547, ธันวาคม). ความคิดเชิงบวก. วารสารวงการครู. 12(2): 76-78.

- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ., ไม่ปรับช่องว่างระหว่างข้อความละติน และข้อความเอเชีย

บังอร ฉางทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.

- ที่จัดรูปแบบ ... [25]
- ที่จัดรูปแบบ ... [26]

บุญเยี่ยม ตรีคุณวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 9-15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมวิราช.

- ที่จัดรูปแบบ ... [27]
- ที่จัดรูปแบบ ... [28]
- ที่จัดรูปแบบ ... [29]

ประทีป จินฉ่ำ. (2540). การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ที่จัดรูปแบบ ... [30]

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2539). การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน.

- ที่จัดรูปแบบ ... [31]

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). พัฒนคติ: การจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

- ที่จัดรูปแบบ ... [32]

ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ที่จัดรูปแบบ ... [33]

ปิยะดี ลิพะะบำรุง. (2547). การพัฒนาการมองโลกในแง่ดีด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ ... [34]

พินดา มีต้องปิ่น. (2532). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ที่จัดรูปแบบ ... [35]
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

พรรณี บุญประกอบ. (2548). การคิดเชิงบวก. เอกสารการสอนวิชา การคิดถูกวิธี. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. สืบค้นจาก

<http://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET.pdf>. [9/03/2009].

ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ., ไม่ปรับช่องว่างระหว่าง ข้อความละติน และข้อความเอเชีย

ที่จัดรูปแบบ ... [36]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ ... [37]

พิสมัย จารุชาลิต. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกัน โรค เอ็ดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ที่จัดรูปแบบ ... [38]

ภาวินี โภคสินจารุญ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์. เอกสาร ประกอบการนำเสนอในการประชุมวิชาการกรมอนามัยประจำปีงบประมาณ 2540

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [39]

ที่จัดรูปแบบ ... [40]

ไม่ปรากฏผู้แต่ง. การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง. สืบค้นจาก

<http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=psychologist&date=17-11-2006&group=2&gblog=2>.

ไม่ปรากฏผู้แต่ง. (2552). การคิดแปลงพฤติกรรม (Behavior Modification). สืบค้นจาก

<http://www.crma.ac.th/cadet/training%20manual/L/103/11.doc>.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ ... [41]

ยุพา อภิโกมลกร. (2531). ผลของการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการควบคุมตนเองของ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ., ไม่ปรับช่องว่างระหว่าง ข้อความละติน และข้อความเอเชีย

ที่จัดรูปแบบ ... [42]

ที่จัดรูปแบบ ... [43]

เขवालักษณ์ ฉันทอมรเลิศกุล.(2546). รายงานการวิจัยเรื่อง การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ : ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านแรงงานสัมพันธ์.

รัตนา บรรณาธรรม. (2548). การมองโลกแง่ดี. จาก <http://www.google.com>.

วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2551). แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ. สืบค้นจาก

<http://www.wiruch.com/articles%20for%20article/article%20concept%20and%20meaning%20of%20admin%20and%20mgt%20admin.htm>.

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [44]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [45]

ที่จัดรูปแบบ ... [46]

ศรีสุนันท์ พุ่มไพจิตร. (2542). ผลการใช้เทคนิคเบียร์รจกร และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมต่อ พฤติกรรมการพูดคำหยาบ. รายงานการค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้าง แนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขต

กรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.
นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. (2535). พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร
ของแม่บ้านจังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สมพร สุทัศน์ีย์. (2522). การศึกษาผลของการใช้การเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมเจียมขมิ้นคิปกติ
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2. ปรินญาณินพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2526). การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in
Behavior modification). พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541). ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. โครงการส่งเสริม
ประสิทธิภาพในส่วนราชการ : ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 1.

สุชาติ แสงทองสวัสดิ์. (2550). การบริหารจัดการองค์กรเชิงกลยุทธ์ภายใต้ธรรมชาติ. สืบค้นจาก
[http://www.newwave1.doae.go.th/info/เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรม\(สรุปบทเรียน\)](http://www.newwave1.doae.go.th/info/เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรม(สรุปบทเรียน)).

สุพรรณิ ไพรัชเวทย์. (2543). เอกสารประกอบการบรรยาย การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สำนักงาน กพ.

โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์. (2538). การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับ

การเสริมแรงทางบวกด้วยเบียร์รถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความ
รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1. ปรินญา
ณินพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ.

อมวาลี อัมพันศิริรัตน์. (2539). ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท
อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณินพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลชุมชน).

ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพินทร์ ชูชม; และคนอื่นๆ. (2546). รูปแบบการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน: กรณี
ข้าราชการ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (รายงาน
การวิจัยฉบับที่ 92)

อรสา พันธุ์ภักดี (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรคุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรคุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ที่จัดรูปแบบ: ขาว: 18 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [47]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New

ที่จัดรูปแบบ ... [48]

ที่จัดรูปแบบ ... [49]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: 0 พ., หน้า
ลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [50]

ที่จัดรูปแบบ ... [51]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: 0 พ., หน้า
ลอย: 27 พ., หนีบทุด: 27 พ., ซ้าย +
ไม้ที่ 45.8 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [52]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: 0 พ., หน้า
ลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [53]

ที่จัดรูปแบบ ... [54]

ที่จัดรูปแบบ: การเย็บ: ซ้าย: -9 พ.

ที่จัดรูปแบบ ... [55]

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ ... [56]

ที่จัดรูปแบบ ... [57]

ที่จัดรูปแบบ ... [58]

ที่จัดรูปแบบ ... [59]

ที่จัดรูปแบบ ... [60]

ที่จัดรูปแบบ ... [61]

ที่จัดรูปแบบ ... [62]

ที่จัดรูปแบบ ... [63]

ที่จัดรูปแบบ ... [64]

ที่จัดรูปแบบ ... [65]

ที่จัดรูปแบบ ... [66]

ที่จัดรูปแบบ ... [67]

อรอุมา จิรธนิตกุล. (2544). ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทย
 ของนักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (ครุศาสตร์).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 อังสินันท์ อินทรกำแหง. (2550). เชาวน์สุภาพ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรม
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.
 ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
 ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.
 ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
 ที่จัดรูปแบบ [68]
 ที่จัดรูปแบบ [69]
 ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

อัจฉรา สุชากรมณี. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและ
 การปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30
 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
 พฤติกรรมศาสตร์ มศว.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
 ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
 ที่จัดรูปแบบ [70]

อำนาจ วัดจินดา. การบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management -
 RBM). <http://www.hrcenter.co.th/HRKknowView.asp?id=643&mode=disp>.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
 ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ., ไม่ปรับช่องว่างระหว่าง ข้อความละติน และข้อความเอเชีย
 ที่จัดรูปแบบ [71]

Ajzen, Icek. (1991). The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes. 50: 179-211.

Ajzen, Icek. (2002). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations. From <http://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs.html>.

ที่จัดรูปแบบ [72]

Ajzen, Icek. and Fishbein, Martin. (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. New Jersey: Prentice-Hall.

Backman, Desiree R.; et al. (2002). Psychosocial Predictors of Healthful Dietary Behavior on Adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 34: 184-93.

Baker, Christina Wood; Little, Todd D.; Brownell, Kelly D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology*. 22: 189-98.

Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*. NJ: Prentice-Hall.

Basta, T.B.; reece, M. & Wilson, M.G. (2008). The Transtheoretical Model and Exercise among Individuals Living with HIV. *American Journal of Health Behavior*. 32(4): 356-367.

ที่จัดรูปแบบ [73]

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. and Vohs, K. D. (2003). *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?* Psychological Science in the public interest, 4 (1), 1-44.

ที่จัดรูปแบบ [74]

<http://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>.
online, April 27, 2008.

Becker, M.H.; & Maiman. L.A. (1975). Sociobehaviral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 13(1): 3-24.

Bogers, R.P. ; et al. (2004) Explaining Fruit and Vegetable Consumption: the Theory of Planned Behaviour and Misconception of Personal Intake Levels. *Appetite*. 42: 157-66.

Bulter, D.L. (1998). The Strategic Content Learning Approach to Promoting Self-regulated Learning with Learning Disability. In D.H. Schunk & B.J. Zimmerman (eds). *Self-regulated Learning from Teaching to Self-reflective Practice*. NY: Guilford.

Burnet, Deborah; Plaut, Andrea; Chin, Marshall H. (2002). A Practical Model for Preventing Type 2 Diabetes in Minority Youth. *The Diabetes Educator*. 28(5): 779-795.

Caplan, R.D. et al. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An Arboure: University of Mechigan.

Carment, D.W. (1974). Internal Locus External Control in India and Canada. *International Journal of Psychology*. 9: 45-60.

Cassel, I. (1974). Psychosocial Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*. 4: 471-482.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5): 300-313.

Conner, Mark; Norman, Paul; Bell, Russell. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology*. 21(2): 194-201.

Courneya, Kerry S.; et al. (2000). Social Support and the Theory of Planned Behavior in the Exercise Domain. *Am J Health Behav*. 24(4): 300-8.

Crandall, V.C.; & Lacey, B.W. (1972). Children's Perceptions of Internal-External Control in Intellectual-Academic Situation and their Embedded Figures Test Performance. *Child Development*. 43(4): 1123-1131.

Encyclopedia of Children Health. 2008). *Self-esteem forum*.
<http://www.healthofchildren/S/Self-Esteem.html>. online, April 27, 2008.

Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. Jounal of Advanced Nursing. 16 (3): 354-361.
<http://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>.
online, April 27, 2008.

- ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: ... [75]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [76]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [77]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [78]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [79]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [80]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [81]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [82]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [83]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [84]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [85]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [86]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [87]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [88]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [89]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [90]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [91]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [92]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [93]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [94]

Grey, M. et al. (2004). Preliminary Testing of a Program to Prevent Type 2 Diabetes Among High-Risk Youth. *The Journal of School Health*. 74(1): 10-15.

- ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

Hagger, Martin S.; Chatzisarantis, Nikos L.D.; Biddle, Stuart J.H. (2002). Meta-analysis of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: an Examination of Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 24: 3-32.

Hart, Betty M. and others. (1968). *Effect of Contingent and No contingent Social Reinforcement on the Cooperative Play of a Preschool Child*. *Journal of Applied Behavior Analysis*.

Holcomb, J.D. et al. (1998). Evaluation of Jump Into Action: A Program to Reduce the Risk of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus in School Children on the Texas-Mexico Border. *The Journal of School Health*. 68(7): 282-288.

Horneffer-Ginter, K. (2008). Stage of Change and Possible Selves: 2 Tools for Promoting College Health. *Journal of American College Health*. 56(4): 351-358.

House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*-Reading, MA: Addison-Wesley.

Husen, T.; & Postlethwait, T.N. (1994). *The International Encyclopedia of Education*. 2nd ed. Oxford: Program.

Janz, N.K.; & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model a Decade Later. *Health Education Quarterly*. 11(1): 1-47.

Kalish, H. (1981). *Learning: Principle and Applications*. NY: McGraw-Hill. Lange.

Kelly, C.W. (2008). Commitment to Health Theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International journal*. 22(2): 148-160.

Kennedy, C.J.; Probart, C.K.; & Dorman, S.T. (1991). The Relationship between Random Knowledge, Concern and Behavior, and Health Value, Health Locus of Control, and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 18(3): 319-329.

Langlie, J.K. (1977). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18(3): 244-260.

Lenio, J.A. (2552). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research*. Online [9/03/2009]. Retrieved from <http://www.uwstout.edu/rs/2006/14/Lenio.pdf>.

- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, ไม่ ตัวหนา, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New, ไม่ ตัวหนา
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, ตัวเอียง, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New, ตัวเอียง
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: บรรทัดแรก: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้า ลอย: 27 พ.
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, ตัวเอียง, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New, ตัวเอียง
- ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
- ที่จัดรูปแบบ: ... [95]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [96]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [97]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [98]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [99]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [100]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [101]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [102]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [103]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [104]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [105]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [106]
- ที่จัดรูปแบบ: ... [107]

MacArthur, J. D. and C. T. Pervin. (1993). *Research network on socioeconomic status and health.*

<http://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>.
online, April 27, 2008.

Martin, English. (1992). *How to Great about Yourself and Your Life.* New York: Amazon.

Masalu, J.R.; Astrom, A.N. (2001). Predicting Intended and Self-perceived Sugar Restriction among Tanzanian Students Using the Theory of Planned Behavior. *Journal of Health Psychology.* 6(4): 435-45.

[Mikulas, W. \(1978\). *Behavior Modification.* New York: Harper & Row.](#)

[Nemeck, M.A. \(1990\). Health Beliefs and Preventive Behavior: a Review of Research Literature. *AAOHN Journal.* 38\(3\): 177-236.](#)

O'Leary, K.D.; & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy.* 2nd ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.

[Orem, D.E. \(1985\). *Nursing Concepts of Practice.* 3rd ed. New York: Mc Graw Hill Book.](#)

Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice.* 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.

Peiffer, Vera. (2002). *-More Positive Thinking.* London: Thomsons.

Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice.* 2nd ed. California: Appleton and Lange.

Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice.* 2nd ed. Norwalk : Appleton &

Rives, Torres, R. M. & Fernandez, P. (1995). *Self-esteem and value of health behavior,* *Journal of Adolescent Health,* 16, 60-63.

<http://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>.
online, April 27, 2008.

Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monograph: General and Applied.* 80(1): 1-28.

[Saksvig, B.I; et al. \(2005\). A Pilot School-Based Healthy Eating and Physical Activity Intervention Improves Diet, Food Knowledge, and Self-Efficacy for Native Canadian Children. *J Nutr.* 135: 2392-2398.](#)

[Sanz, M.T. Menendez F.J. \(1993\). *Early Acquisitions of Trisomic-21 and Social Reinforcemen.* *Early-Child-Development-and-Care.*](#)

Schunk, D.H. (1991). *Learning Theory: an Educational Perspective.* London: Macmillan.

ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New
ที่จัดรูปแบบ: ... [108]
ที่จัดรูปแบบ: ... [109]
ที่จัดรูปแบบ: ... [110]
ที่จัดรูปแบบ: ... [111]
ที่จัดรูปแบบ: ... [112]
ที่จัดรูปแบบ: ... [113]
ที่จัดรูปแบบ: ... [114]
ที่จัดรูปแบบ: ... [115]
ที่จัดรูปแบบ: ... [116]
ที่จัดรูปแบบ: ... [117]
ที่จัดรูปแบบ: ... [118]
ที่จัดรูปแบบ: ... [119]
ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New
ที่จัดรูปแบบ: ... [120]
ที่จัดรูปแบบ: ... [121]
ที่จัดรูปแบบ: ... [122]
ที่จัดรูปแบบ: ... [123]
ที่จัดรูปแบบ: ... [124]
ที่จัดรูปแบบ: ... [125]
ที่จัดรูปแบบ: ... [126]
ที่จัดรูปแบบ: ... [127]
ที่จัดรูปแบบ: ... [128]
ที่จัดรูปแบบ: ... [130]
ที่จัดรูปแบบ: ... [129]
ที่จัดรูปแบบ: ... [131]
ที่จัดรูปแบบ: ... [132]
ที่จัดรูปแบบ: ... [133]
ที่จัดรูปแบบ: ... [134]
ที่จัดรูปแบบ: ... [135]
ที่จัดรูปแบบ: ... [136]
ที่จัดรูปแบบ: ... [137]

- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-regulation of Learning and Performance: Issues and Educational Applications*. NJ: Erlbaum.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1997). Social Origin of Self-regulatory Competence. *Educational Psychologist*. 32(4): 195-208.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-External Expectancies and Health Related Behaviors. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 46(6): 1192-1211.
- [Stufflebleam, Daniel L. & Shinkfield, Anthony J. \(2007\). *Evaluation Theory, Models, & Application*. San Francisco: John Wiley & Sons.](#)
- [Stufflebleam, Daniel L. & Others. \(1977\). *Education and Decision Making*. 5th Eds. Illinois : F.E.Peacock.](#)
- Suwannee Chearsawad. (2002). *The effectiveness of Self Control Skill Development on Avoidance of Unhealthy Snack Consumption among Grade five Students in Tak Province*. Thesis in Health Education and Behavioral Science. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- [Thidarat chotik-Anuchid. \(2005\). *Efficacy of Individual Behavioral Counseling in Life-style Training of Obese Children with Abnormal Glucose Tolerance Test*. Thesis \(M.Sc.\). Bangkok: Mahidol University.](#)
- WHO. (2003). *Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva. World Health Organization.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom.
- [Woody, D.; DeCristofaro, C. & Carlton, B.G. \(2008\). *Smoking Cessation Readiness: Are Your Patients Ready to Quit?* *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*. 20: 407-414.](#)
- Zimmerman, B.J. (1998). Academic Studying and Development of Personal Skill: a Self-regulatory Perspective. *Educational Psychologist*. 32(2/3): 73-86.
- [Zimmerman, G.L; Olsen, C.G. & Bosworth, M.F. \(2000\). *A 'Stage of Change' Approach to helping Patients Change Behavior*. *American Family Physician*. 61: 1409-16. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409.html>.](#)
- [Zindler-Wernet, P.; & Weiss, S.J. \(1987\). *Health Locus of Control and Preventive Health*. *Western Journal of Nursing Research*. 9\(9\): 160-179.](#)

ที่จัดรูปแบบ: ขวา: 18 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: ตำแหน่ง: แบบแนวตั้ง: 0.55 พ., สัมพันธ์กับ: ย่อหน้า, ความกว้าง: ค่าแน่นอน 23.9 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: Angsana New, 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้าลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: ตัวเอียง, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: ตัวเอียง

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: ตัวเอียง, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: ตัวเอียง

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: 16 พ., แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: 16 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: หน้าลอย: 9 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้าลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ: การเยื้อง: ซ้าย: 0 พ., หน้าลอย: 27 พ.

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, ตัวเอียง, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New, ตัวเอียง

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, ตัวเอียง, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New, ตัวเอียง

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

ที่จัดรูปแบบ: แบบอักษร: (คำเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน : Angsana New

หน้า 159: [136] ที่จัดรูปแบบ	user	18/03/52 16:42:00
------------------------------	------	-------------------

แบบอักษร: (ค่าเริ่มต้น) Angsana New, ไม่ ตัวหนา, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New, ไม่ ตัวหนา

หน้า 159: [137] ที่จัดรูปแบบ	user	18/03/52 16:42:00
------------------------------	------	-------------------

แบบอักษร: (ค่าเริ่มต้น) Angsana New, แบบอักษรภาษาที่ซับซ้อน: Angsana New